

**Slutrapport av beredningsgruppen**

**FÖR EN LAG OM ORDNAN-  
DET AV SOCIAL- OCH HÄL-  
SOVÅRDEN**

## TILL SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIET

Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte den 4 april 2013 en beredningsgrupp med uppgift att utarbeta ett förslag till en lag om ordnandet av social- och hälsovården i form av en regeringsproposition, som innehåller reglerna för ordnande och finansiering av social- och hälsovårdstjänster som kommunreformen förutsätter. Beredningsgruppen kompletterades den 11 april 2013.

Beredningsgruppens framställning skulle enligt uppdraget grundas på noteringarna i regeringsprogrammet, regeringens mellangranskning samt den framställning som arbetsgruppen med utredningspersoner gjort.

Enligt statsminister Jyrki Katainens regeringsprogram reformeras servicestrukturen inom social- och hälsovården som en del av kommunreformen för att säkerställa en likvärdig tillgång på kvalitativa, effektiva och rättidiga social- och hälsovårdstjänster. För kommunernas och social- och hälsovårdsområdenas gemensamma uppgifter finns fem specialupptagningsområden (erva). Till specialupptagningsområdets uppgifter hör bl.a. krävande centraliserade tjänster inom hälso- och socialvården och uppgifter i anslutning till forskning, utveckling och utbildning.

Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte en arbetsgrupp med utredningspersoner för mandatperioden 3.12.2012 - 28.2.2013 som stöd för servicestrukturen. Arbetsgruppens uppgift blev att i samarbete med aktörerna på fältet stöda beredningen av servicestrukturen genom att utreda de regionalt bästa strukturlösningarna. Utredningspersonerna överlämnade sitt förslag till servicestrukturen inom social- och hälsovården den 19 mars 2013 (SHM rapporter och promemorior 2013:7).

Regeringen kom den 21 mars 2013 överens om de statliga budgetramarna för åren 2014-2017. Enligt rambeslutet är målet för servicestrukturen inom social- och hälsovården en integrerad servicestruktur som i regel har två nivåer och som grundar sig på starka kommuner, där kommunerna ansvarar för ordnande och finansiering av uppgifterna inom den nya omfattande basnivån. Målet är att trygga närservicen inom social- och hälsovården. Social- och hälsovårdstjänsterna på den omfattande basnivån ordnas i regel genom den så kallade ansvarskommunmodellen. Grunderna för ansvarskommunmodellen regleras i kommunallagen. De centrala städerna i landskapen och kommuner som baseras på naturliga pendlingsregioner med tillräcklig bärkraft kan fungera som ansvarskommuner. Enligt rambeslutet från den 27 mars 2013 igångsätts beredningen av lagen om ordnande av social- och hälsovården omedelbart. Lagen om ordnandet träder i kraft i början av år 2015. Servicestrukturen inom social- och hälsovården förs vidare tillsammans med kommunreformen och social- och hälsovårdsservicen ordnas utgående från kommunerna.

Enligt regeringens mellangranskning och ramlinjedragning från den 21 mars 2013 var grunderna för den fortsatta beredningen av servicestrukturen inom social- och hälsovården följande:

- Kommuner med färre än 20 000 invånare har finansiellt ansvar för sina invånares social- och hälsovårdsservice, men inte ansvar för att självständigt ordna social- och hälsovården. Kommunen bör i regel höra till ett social- och hälsovårdsområde som förvaltas enligt ansvarskommunmodellen.
- För kommuner med minst ca 20 000–50 000 invånare föreskrivs i lagen om ordnande av social- och hälsovården rätten att ordna social- och hälsovårdstjänster på basnivå.

För att säkerställa tillgången till social- och hälsovårdstjänster bör kommuner med 20 000–50 000 invånare höra till en funktionell helhet, i regel ett social- och hälsovårdsområde som förvaltas enligt ansvarskommunmodellen. Social- och hälsovårdstjänster inom den breda basnivån, såsom den specialiserade sjukvården och krävande socialtjänster (eller delar av tjänster) ordnas så, att integrationen av socialvården och hälsovården säkerställs.

- I kommuner med minst ca 20 000-50 000 invånare ordnas tjänsterna inom den s.k. specialiserade sjukvården på basnivå på ett ändamålsenligt sätt med beaktande av kommunens social- och hälsovård på basnivå och kommunens storlek. Nuvarande distriktsjukhus utnyttjas i produktionen av tjänster. Kommuner med minst ca 50 000 invånare kan ordna tjänster på omfattande basnivå.
- För krävande tjänster inom social- och hälsovården bildas fem specialupptagningsområden som samordnar alla social- och hälsovårdstjänster på basnivå, arbetsfördelningen och samarbetet mellan sjukhusen och de övriga enheterna inom social- och hälsovården på ett sådant sätt att det stöder en ändamålsenlig verksamhet och specialkunnandet inom social- och hälsovården.
- Ordlandet av social- och hälsovårdstjänsterna inom metropolområdet löses skilt för sig. Om övriga regionala undantag beslutas som en del av lagen om ordlandet. De språkliga rättigheterna tryggas i samband med beredningen av lagen för ordlandet.
- Under det första skedet av servicestrukturreformen inom social- och hälsovården kan de nuvarande sjukvårdsdistrikten fortsätta som samkommuner, men de nuvarande sjukvårdsdistrikten som administrativa organisationer kommer att avvecklas före år 2017.
- Specialupptagningsområdena ansvarar för samordning och styrning av krävande, centraliserade tjänster inom den specialiserade sjukvården och centraliserade tjänster inom socialvården. Specialupptagningsområdena ansvarar också för samordningen av forskning, utveckling och undervisning. Social- och hälsovårdsministeriet ansvarar för styrning och samordning av social- och hälsovården på nationell nivå.

Beredningsgruppen har sammanträtt 11 gånger. Beredningsgruppens arbete har särskilt utgått från riktlinjerna i regeringens ramförhandlingar samt de riktlinjer som den samordningsgrupp, ledd av riksdagsledamot Petteri Orpo, som utsetts av statsminister Katainen offentliggjorde den 8 maj 2013. Samordningsgruppen preciserade ramförhandlingarnas ovannämnda beslut. Den mest centrala preciseringen gällde fastställandet av kommunernas rösträtt. Enligt riktlinjerna skulle kommunernas röstvärde baseras på kommunens invånarantal utan s.k. röstsax då man beslutar om social- och hälsovården. Utifrån samordningsgruppen riktlinjer överlämnade regeringen statsministerns anmälan och en kompletterande regeringsproposition (HE 53/2013) gällande regeringspropositionen om ändring av kommunindelningen (HE 31/2013) till riksdagen.

Finanspolitiska utskottet fastslog på sitt möte den 19 november 2013 att reformen inom social- och hälsovården fortsätter i huvudsak enligt de riktlinjer som föreslagits av Orpos samordningsgrupp. Man beslöt ändå att avvika från riktlinjerna såtillvida, att kommuner med färre än 20 000 invånare kan höra direkt till ett specialupptagningsområde. Därtill har varje kommun, inklusive de som hör till ett område på basnivå, en egen representant inom beslutsfattandet i specialupptagningsområdets verkamma organ eller samkommunen.

Beredningsgruppen har dessutom haft tillgång till rapporter från social- och hälsovårdsministeriets tidigare arbetsgrupper och utredningspersoner om reformen av social- och hälsovårdssystemet och servicestrukturen.

Beredningsgruppen skulle enligt uppdraget definiera bärkraftsfaktorer som förutsätts för att en kommun ska kunna fungera som ansvarskommun och motiveringar till eventuella undantag. Definitionen av ansvarskommunmodellen vad gäller social- och hälsovården skulle utarbetas i samarbete med finansministeriet.

**Ordförande för beredningsgruppen** var överdirektör Kirsi Varhila och **vice ordförande** var överdirektör Aino-Inkeri Hansson, båda från social- och hälsovårdsministeriet.

Till medlemmar i beredningsgruppen utsågs

Maire Ahopelto, direktör för samkommunen, samkommunen för Kajanalands social- och hälsovård

Marina Erhola, överdirektör, Institutet för hälsa och välfärd

Sirpa Ernvall, välfärdschef, Hollola kommun, Peruspäiväkeskus Oiva

Tuula Haatainen, vice verkställande direktör, Finlands Kommunförbund rf

Heikki Hiilamo, forskningsprofessor, Folkhälsoinstitutet

Göran Honga, sjukvårdsdistriktsdirektör, Vasa sjukvårdsdistrikt

Rauno Ihalainen, sjukvårdsdistriktsdirektör, Birkalands sjukvårdsdistrikt

Pentti Itkonen, verkställande direktör, Södra Karelens social- och hälsovårdsdistrikt (Ekso-te)

Aulikki Kananoja, översocialråd

Tarja Kauppila, direktör, Östra Finlands kompetenscenter inom det sociala området

Minerva Krohn, överläkare, Institutet för hälsa och välfärd

Maija Kyttä, direktör, Åbo stad

Päivi Laajala, överdirektör, finansministeriet

Sanna-Tuulia Lehtomäki, omsorgsdirektör, Eura kommun

Hannu Leskinen, sjukvårdsdistriktsdirektör, Norra Österbottens sjukvårdsdistrikt

Aki Linden, verkställande direktör, Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt

Sari Mäkimattila, MD, AFM, docent

Sari Mäkinen, ledande överläkare, ordförande för Direktörsnätverket för det riksomfattande folkhälsoarbetet

Markku Puro, direktör för samkommunen, samkommunen för hälsovården i Forssaregionen

Jukka T. Salminen, biträdande stadsdirektör, Vanda stad

Päivi Saukko, chef för socialarbetet, Seinäjoki stad

Riitta Särkelä, direktör, SOSTE Finlands social och hälsa rf

Pekka Utriainen, biträdande stadsdirektör, Jyväskylä stad

Harry Yltävä, politices kandidat, Raseborgs stad

samt de medlemmar som utgjort **beredningsgruppens sekretariat**

Pekka Järvinen, regeringsråd, social- och hälsovårdsministeriet

Anne Koskela, regeringsråd, social- och hälsovårdsministeriet

Anne Kumpula, regeringsråd, social- och hälsovårdsministeriet

Sami Uotinen, ledande jurist, Finlands Kommunförbund

Auli Valli-Lintu, regeringsråd, finansministeriet

Till **beredningsgruppens och sekretariatets permanenta sakkunniga** kallades

Antti Alila, överinspektör, social- och hälsovårdsministeriet

Outi Antila, avdelningschef, social- och hälsovårdsministeriet

Kari Haavisto, konsultativ tjänsteman, social- och hälsovårdsministeriet

Noora Heinonen, överinspektör, social- och hälsovårdsministeriet

Lotta Hämeen-Anttila, regeringsråd, social- och hälsovårdsministeriet

Riitta-Maija Jouttimäki, regeringsråd, social- och hälsovårdsministeriet  
 Timo Keistinen, medicinalråd, social- och hälsovårdsministeriet  
 Olli Kerola, biträdande avdelningschef, social- och hälsovårdsministeriet  
 Jukka Mattila, medicinalråd, social- och hälsovårdsministeriet  
 Arja Myllynpää, referendarieråd, Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården  
 Valvira  
 Eeva Nykänen, specialforskare, Institutet för hälsa och välfärd  
 Sten Palmgren, lagstiftningsråd, justitieministeriet  
 Markku Pekurinen, avdelningschef, Institutet för hälsa och välfärd  
 Päivi Salo, regeringsråd, social- och hälsovårdsministeriet  
 Marjukka Vallimies-Patomäki, konsultativ tjänsteman, social- och hälsovårdsministeriet  
 Kristina Wikberg, direktör, Finlands Kommunförbund rf  
 Liisa-Maria Voipio-Pulkki, direktör, social- och hälsovårdsministeriet  
 Päivi Voutilainen, direktör, social- och hälsovårdsministeriet

Beredningsgruppens **tekniska sekreterare** var

Jaana Aho, avdelningssekreterare, social- och hälsovårdsministeriet  
 Jenni Lahtinen, avdelningssekreterare, social- och hälsovårdsministeriet  
 Hang Pham, avdelningssekreterare, social- och hälsovårdsministeriet  
 Pirjo Suuronen, avdelningssekreterare, social- och hälsovårdsministeriet

#### **Beredningsgruppen grundade följande sektioner som stöd för sitt arbete:**

##### **1) Sektionen för utredning av särskilda frågor som rör metropolområdet**

Ordförande för sektionen var direktör Liisa-Maria Voipio-Pulkki från social- och hälsovårdsministeriet

##### **2) Sektionen för utredning av konstitutionella specialfrågor**

Ordförande för sektionen var regeringsråd Päivi Salo från social- och hälsovårdsministeriet

##### **3) Sektionen för utredning av upphandling, konkurrensutsättning och statligt stöd**

Ordförande för sektionen var ledande jurist Sami Uotinen från Finlands Kommunförbund

##### **4) Sektionen för utredning av social- och hälsovårdens specialupptagningsområdets ställning och uppgifter**

Ordförande för sektionen var regeringsråd Anne Kumpula från social- och hälsovårdsministeriet

Som stöd för beredningsgruppen har en inofficiell finansieringsgrupp sammanträtt under ledning av social- och hälsovårdsministeriets biträdande avdelningschef Olli Kerola. Lagstiftningen gällande övervakning och styrning har beretts i arbetsgruppen som hade i uppgift att utveckla arbetsfördelningen mellan regionförvaltningsverken och Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården. Ordförande för arbetsgruppen var Raimo Ikonen från social- och hälsovårdsministeriet.

Sammansättningen i sektionerna och övriga grupper som deltagit i beredningen finns omnämnda i bilagan till beredningsgruppens promemoria.

Beredningsgruppen **har i sitt arbete hört** flera sakkunniga och representanter för intressegrupper. De personer som hörts av beredningsgruppen och dess sektioner finns omnämnda i bilagan till beredningsgruppen promemoria

**Beredningsgruppen överlämnade sin mellanrapport den 27 juni 2013** (SHM rapporter och promemorior 2013:15). Där ingick preliminära uppdragsenliga förslag till

- de uppgifter som kommuner med 20 000 - 50 000 invånare och kommuner med mer än 50 000 invånare kan ha ansvar för att ordna,
- kommunernas finansieringsarrangemang,
- en beskrivning av ansvarskommunmodellen gällande social- och hälsovårdstjänster,
- en utredning om specialupptagningsområdenas uppgifter, samt alternativ för ordnandet av ägandet och administrationen av universitetssjukhusen.

Som stöd för sitt fortsatta arbete begärde beredningsgruppen ett utlåtande av kommunerna och vissa andra aktörer om mellanrapporten senast den 11 oktober 2013. I sammandraget över utlåtandena beaktades alla utlåtanden som hade levererats till ministeriet fram till den 18 oktober 2013, i och med att tilläggstid beviljades. Utlåtanden inlämnades av 383 aktörer. Av dessa var 286 kommuner, 32 samkommuner inom social- och hälsovården eller andra samarbetsområden mellan kommuner, och 65 övriga aktörer. I begäran om utlåtande ombads besvararna uppskatta tydligheten i kriterierna för social- och hälsovårdsområden och områden på basnivå, fördelningen av ansvar för ordnande av tjänster mellan social- och hälsovårdsområden och områden på basnivå, specialupptagningsområdenas ställning och befogenheter, ansvarskommunmodellen, områdenas finansiering samt verkställandet av reformen och dess tidtabell. I enkäten ingick också öppet svarsutrymme för besvararnas allmänna kommentarer gällande mellanrapporten.

I utlåtandena gjordes många förslag till att förtydliga kriterierna för social- och hälsovårdsområden och områden på basnivå. Man efterlyste flexibilitet i kriterierna som gäller principerna om bildande av, och förvaltningsmodellen för, både social- och hälsovårdsområden och områden på basnivå. I flera utlåtanden önskades flexibilitet i definitionen av invånarantal, och ett exakt invånarantal ansågs inte nödvändigtvis vara det mest ändamålsenliga kriteriet som bestämmer ett områdes bärkraft. Å ena sidan förde man i flera utlåtanden fram, att kriteriet med invånarantal kunde gälla det sammanlagda invånarantalet i ett helt område istället för i en enskild kommun. Å andra sidan att en befolkningsbas på 50 000 invånare är för liten för ordnandet av specialiserad sjukvård och kan leda till att de nuvarande sjukvårdsdistrikten spjälks upp.

Förslagen om förtydligande av kriterierna för områden på basnivå var i regel likadana som förslagen gällande social- och hälsovårdsområden. Kännetecknande för utlåtandena var att man önskade att samarbetet mellan nuvarande kommuner, såsom de samarbetsområden som bildats utgående från Paras-lagen, skulle bevaras. Bevarandet av samarbetet skulle förutsätta att områdets förvaltning skulle kunna förverkligas, förutom med ansvarskommunmodellen, också med samkommunmodellen.

Hälften av alla som svarade ansåg att det inte finns skäl att lagstifta om ansvarsfördelningen mellan områdena närmare än vad som föreslås i mellanrapporten. 44 procent av besvararna ansåg däremot att social- och hälsovårdsområdena borde ansvara för ordnandet av fler tjänster än vad som föreslagits i mellanrapporten. De tjänster som oftast föreslogs underställas social- och hälsovårdsområdena var barnskyddet, tjänster för handikappade och funktionshindrade samt missbrukarvården.

Ca 60 procent av alla som svarade bedömde att specialupptagningsområdena inom social- och hälsovården kunde ha bindande beslutanderätt över social- och hälsovårdsområdena och områdena på basnivå. Hälften av dem som yttrat sig ansåg att ett specialupptagningsområde skulle

ha rätt att förbjuda social- och hälsovårdsområden att ordna tjänster som det enligt något objektivt kriterium är viktigt att koncentrera till ett eller flera social- och hälsovårdsområden. Därtill fick arbetsgruppens riktlinjer om specialupptagningsområdenas uppgift att förhindra kapprustning medhåll av besvararna.

I frågan om ansvarskommunmodellen förekom betydande spridning enligt kommunstorlek. Av kommunerna med fler än 50 000 invånare ansåg endast drygt hälften det vara godtagbart att det verkställande organet i ett social- och hälsovårdsområdes ansvarskommun förbjuds att använda sin övertagningsrätt, medan 84 procent av de övriga kommunerna godtog att övertagningsrätten förbjuds.

94 procent av kommunerna med fler än 50 000 invånare ansåg det godtagbart att kommunernas röstvärde i det verkställande organet inom social- och hälsovårdsområden och områden på basnivå skulle fördelas enligt invånarantalet utan röstsaxar. Däremot godkände 89 procent av kommunerna med färre än 50 000 invånare inte att röstvärdet skulle bindas till invånarantalet utan röstsax. Av alla kommuner som svarade, upplevde 75 procent det som nödvändigt att kommunerna skulle ha rätt att komma överens om ansvarskommunens förvaltning och beslutsfattande även på annat sätt än vad som stadgats i lagen. Möjligheten att använda samkommunmodellen var det mest allmänt förekommande temat i de öppna svaren. I flera utlåtanden önskade man att samkommunmodellen skulle utgöra en alternativ förvaltningsmodell.

Över 60 procent av alla som svarade bedömde att besluten om kommunernas finansiering borde göras med kvalificerad majoritet i kommunerna i stället för med enkel majoritet. Kommunantalet ansågs vara det populäraste sättet att avgöra kvalificerad majoritet på.

Finansieringen av reformen bedömdes på ett omfattande sätt både i enkätens öppna svar och i skriftliga utlåtanden. I flera utlåtanden konstaterade man att det skulle vara viktigt att förnya finansieringen av social- och hälsovården så att den endast distribueras via en kanal. Enligt en del av svaren kunde man lagstifta om en finansieringsreform i samband med stiftandet av lagen om ordnandet. Finansieringen var det näst vanligaste temat som togs upp i enkätens öppna svar.

Två tredjedelar av kommunerna med färre än 20 000 invånare upplevde att reformen och tidtabellen för dess verkställande var lämplig. Som motivering lyfte man vanligtvis fram att tidtabellen för reformen kan vara för brådskande till exempel för noggrann förberedelse och för att omorganisera de nuvarande samkommunernas egendom. I varje kommun med fler än 50 000 invånare ansåg man å sin sida att tidtabellen var lämplig.

Beredningsgruppen har enligt uppdrag förberett ett förslag till en lag om ordnandet av social- och hälsovården och har i detta arbete följt de ramvillkor som regeringen ställt. Enligt beredningsgruppens syn skulle målen för lagen om ordnandet av social- och hälsovården uppfyllas bättre om man till viss del kunde överge nämnda ramvillkor. På den aktuella modellen för ordnandet av social- och hälsovården har det inom beredningsgruppen framförts vida synpunkter som avviker från regeringens propositionsutkast:

- **Oändamålsenligheten i områden på basnivå.** Enligt en inom beredningsgruppen allmänt förekommande syn skulle integrationen och reformens övriga mål uppnås bättre om områdena på basnivå inte fanns. Bildandet av områden på basnivå innebär att det i systemet införs en ny nivå, som inte kan motiveras utgående från ordnandet av social- och hälsovårdstjänster.

- **Ansvarskommunmodellen.** Ansvarskommunmodellen som huvudsaklig förvaltningsmodell har visat sig vara svårgripbar och administrativt tung. I diskussionen som förts inom beredningsgruppen har det därför framhållits att kommunerna inom ett område borde ha möjlighet att välja samkommun som förvaltningsmodell i större utsträckning än vad som föreslagits.
- **Specialupptagningsområdenas roll.** Inom beredningsgruppen har man diskuterat huruvida specialupptagningsområdena har faktiska redskap att ordna social- och hälsovården på ett ändamålsenligt sätt. I diskussionen har man fört fram behovet av nationell styrning av specialupptagningsområdena, för att på riksnivå säkerställa en jämlik spridning av tjänster och att kapprustning inte förekommer.

Beredningsgruppen har inte på grund av den korta tidsfristen hunnit inkludera en bedömning det nya systemets exakta effekter under sitt mandat. Enligt beredningsgruppens syn skulle det vara viktigt att bedöma vilka effekter reformen har på de som använder social- och hälsovårdens tjänster och på ansvarskommuner och hurdana kostnadseffekter det föreslagna systemet har. Beredningsgruppen har inte kunnat bedöma vilka förändringskrav som lagen för ordnandet medför förvrig lagstiftning. Dessa ärenden kräver fortsatt beredning innan regeringens proposition kan överlämnas till riksdagen.

Den nationella styrningen av social- och hälsovården borde stärkas och preciseras. Beredningsgruppen har inom mandatperioden inte hunnit bereda ett detaljerat förslag gällande den nationella styrningens roll.

Beredningsgruppen anser vidare att statens särskilda finansiering borde riktas också till forskning och utbildning inom socialvård på universitetsnivå för att servicestrukturreformens integrationsmål ska kunna uppnås.

Beredningsgruppen fäster avslutningsvis uppmärksamhet vid att man vid den fortsatta beredningen av lagförslaget bör säkerställa att det kan behandlas i vanlig lagstiftningsordning. Det enligt uppdrag utarbetade propositionsutkastet måste därför till vissa delar preciseras i den fortsatta beredningen, så att eventuella konstitutionella problempunkter kan lösas. Detta gäller i synnerhet ansvarskommunmodellen, vars ändamålsenlighet bör jämföras ytterligare med övriga lösningsmodeller. Riktlinjen enligt vilken kommunernas röstvärde grundar sig på invånarantalet utan röstsax har visat sig vara problematisk i förhållande till grundlagen. Enligt riksdagens grundlagsutskotts tolkningspraxis och de sakkunniga som hörts av beredningsgruppens sektion som utrett konstitutionella frågor, är riktlinjen, enligt vilken en kommun kan ha mer än hälften av det totala röstvärdet vid beslut som gäller villkoren för obligatoriskt samarbete, i konflikt med den kommunala självbestämmanderätten som regleras i grundlagens 121§.

I Helsingfors den 19 december 2013

Kirsi Varhila

Aino-Inkeri Hansson

Maire Ahopelto


Marina Erhola

Sirpa Ernvall



Tuula Haatainen	Heikki Hiilamo	Göran Honga
Rauno Ihalainen	Pentti Itkonen	Aulikki Kananoja
Tarja Kauppila	Minerva Krohn	Maija Kyttä
Päivi Laajala	Sanna-Tuulia Lehtomäki	Hannu Leskinen
Aki Lindén	Sari Mäkimattila	Sari Mäkinen
Markku Puro	Jukka T. Salminen	Päivi Saukko
Riitta Särkelä	Pekka Utriainen	Harry Yltävä
Pekka Järvinen	Anne Koskela	Anne Kumpula
Sami Uotinen	Auli Valli-Lintu	

## PRESENTATIONSBLAD

Utgivare	Datum
Social- och hälsovårdsministeriet	19.12.2013
Författare	Uppdragsgivare
Beredningsgruppen för en lag om ordnandet av social- och hälsovården	Social- och hälsovårdsministeriet
	Projektnummer och datum för tillsättandet av organet
	STM022:00/2013
Rapportens titel	
Slutrapport av beredningsgruppen för en lag om ordnandet av social- och hälsovården	
Referat	
<p>■ Beredningsgruppen har i sin slutrapport, som skrivits i form av en regeringsproposition, berett förslag till de centrala principerna i servicestrukturreformen inom social- och hälsovården. Förslagen baserar sig på regeringsprogrammet, regeringens rambeslut för 2014–2017 och de riktlinjer som den av statsministern tillsatta koordinationsgruppen utstakat.</p> <p>Ansvar för att ordna social- och hälsovårdstjänster ligger i regel hos de social- och hälsovårdsområden som kommer att bildas på grundval av centralorterna i landskapen och kommunerna med minst 50 000 invånare samt till vissa delar hos de områden på basnivå som bildas på grundval av 20 000–50 000 invånare. När områdena bildas konsulterar man kommunerna och tar i beaktande en sådan regional social- och hälsovårdsstruktur som är ändamålsenlig med tanke på helheten. Kommunerna med mindre än 20 000 invånare ska få sina tjänster så att de ordnas av social- och hälsovårdsområdena och delvis av områdena på basnivå och de deltar i förvaltningen av områdena. Social- och hälsovårdsområdena och områdena på basnivå bildas i regel enligt en modell om en ansvarig kommun. De övriga kommunerna inom området kommer att delta i beslutsfattandet och förvaltningen som gäller social- och hälsovårdstjänsterna genom ett gemensamt organ som finns i den ansvariga kommunen. Beredningsgruppen har också lagt fram ett förslag om specialupptagningsområdenas uppgifter och hur deras förvaltning ska organiseras. Specialupptagningsområdena har till uppgift att säkerställa att de tjänster som social- och hälsovårdsområdena tillhandahåller ska bilda en funktionellt sammanhängande helhet.</p> <p>Beredningsgruppen har i sitt arbete följt de förutsättningar som regeringen ställt på den. Enligt beredningsgruppen skulle dock de mål som ställts på lagen om ordnandet av social- och hälsovården nås bättre, om man till vissa delar kunde avstå från de förutsättningar som ställts.</p>	
Nyckelord	
områden, hälso- och sjukvårdstjänster, hälsovårdstjänster, servicestruktur, tjänster, socialtjänster, reformer	
Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2013:47	Övriga uppgifter
	<a href="http://www.stm.fi/svenska">www.stm.fi/svenska</a>
ISSN-L 2242-0037	Sidoantal
ISSN 2242-0037 (online)	170
ISBN 978-952-00-3462-7	Språk
URN:ISBN:978-952-00-3462-7	Svenska
<a href="http://urn.fi/">http://urn.fi/</a> URN:ISBN:978-952-00-3462-7	
 SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIET	

## KUVAILULEHTI

Julkaisija	Päivämäärä
Sosiaali- ja terveysministeriö	19.12.2013
Tekijät	Toimeksiantaja
Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmisteluryhmä	Sosiaali- ja terveysministeriö
	HARE-numero ja toimeksiantamispäivä
	STM022:00/2013

Muiston nimi

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmisteluryhmän loppuraportti

Tiivistelmä

■ Tiivistelmä Valmisteluryhmä on valmistellut hallituksen esityksen muotoon kirjoitettuun loppuraporttiinsa ehdotukset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen keskeisiksi periaatteiksi. Ehdotukset perustuvat hallitusohjelmaan, hallituksen vuosien 2014 - 2017 kehyspäättökseen ja pääministerin asettaman koordinaatioryhmän linjauksiin.

Järjestämisvastuu sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista on pääsääntöisesti maakuntien keskustaupunkien ja vähintään noin 50 000 asukkaan kuntien pohjalle muodostettavilla sote-alueilla sekä eräin osin vähintään noin 20 000 – 50 000 asukkaan pohjalle muodostettavilla perustason alueilla. Alueita muodostettaessa kuullaan kuntia ja otetaan huomioon kokonaisuuden kannalta tarkoituksenmukainen alueellinen sote-rakenne. Alle 20 000 asukkaan kunnat saavat palvelut sote-alueiden ja osin perustason alueiden järjestäminä ja osallistuvat alueiden hallintoon. Sote-alueet ja perustason alueet toteutetaan pääsääntöisesti vastuukuntamallilla. Alueen muut kunnat osallistuvat sosiaali- ja terveyspalveluja koskevaan päätöksentekoon ja hallintoon vastuukunnassa olevan yhteisen toimielimen kautta. Valmisteluryhmä on myös tehnyt ehdotuksensa erityisvastuualueiden tehtävistä ja hallinnon järjestämisestä. Erityisvastuualueiden tehtävänä on varmistaa, että sote-alueiden toteuttamat palvelut muodostavat toiminnallisesti eheän kokonaisuuden.

Valmisteluryhmä on työssään noudattanut sille hallituksen toimesta asetettuja reunaehdoja. Valmisteluryhmän näkemyksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislailla asetetut tavoitteet toteutuisivat kuitenkin paremmin, jos mainituista reunaehdoista voitaisiin joiltakin osin luopua.

Asiasanat

alueet, terveydenhuoltopalvelut, terveyspalvelut, palvelurakenne, palvelut, sosiaalipalvelut, uudistukset

Sosiaali- ja terveysministeriön  
raportteja ja muistioita 2014:47

Muut tiedot  
[www.stm.fi](http://www.stm.fi)

ISSN-L 2242-0037  
ISSN 2242-0037 (verkkojulkaisu)  
ISBN 978-952-00-3462-7  
URN:ISBN:978-952-00-3462-7  
<http://urn.fi/> URN:ISBN:978-952-003462- 7  
978-952-00-3462-7

Kokonaissivumäärä  
170

Kieli  
Ruotsi



SOSIAALI- JA  
TERVEYSMINISTERIÖ

## INNEHÅLL

	Till social- och hälsovårdsministeriet .....	2
	Regeringens proposition till riksdagen med förslag till lag om ordnandet av social- och hälsovården och till vissa lagar som hänför sig till den .....	15
	PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL .....	15
	INNEHÅLL .....	16
	ALLMÄN MOTIVERING .....	19
1	Inledning .....	19
2	Nuläge .....	20
2.1	Grundläggande fri- och rättigheter .....	20
	Allmänt .....	20
	Social- och hälsovårdstjänster .....	21
	Språkliga rättigheter .....	22
2.2	Kommunal självstyrelse .....	23
2.3	Främjande av hälsa och välfärd .....	24
2.4	Hälso- och sjukvård .....	27
	Primärvård .....	27
	Den specialiserade sjukvården och sjukvårdsdistrikten .....	27
	Specialupptagningsområden .....	28
2.5	Socialvård .....	29
	Ansvaret för ordnande av specialomsorger för utvecklingsstörda .....	30
2.6	Kommun- och servicestrukturen .....	32
	Kommustrukturen .....	32
	Kommunreformen .....	34
2.7	Kommunernas förvaltning och samarbete .....	36
	Ordnande av kommuners förvaltning och ekonomi .....	36
	Kommunernas samarbetsformer .....	36
	Olika sätt på vilka kommunerna samarbetar .....	40
	Kommun- och servicestrukturen .....	41
	Social- och hälsovårdsväsendet i St Michelregionen .....	41
2.8	Finansieringen av social- och hälsovården och kostnadsfördelningen mellan kommunerna .....	44
	Finansiering .....	44
2.9	Utvecklingsverksamhet och -strukturer .....	46
	Utvecklingsverksamhet och -strukturer .....	46
2.10	Undervisnings-, utbildnings- och forskningsverksamhet .....	48
2.11	Styrning och övervakning .....	49
	Social- och hälsovårdsministeriet .....	49
	Metoder och påföljder inom tillsynen .....	51
2.12	Nordens social- och hälsovårdssystem .....	52
	Nordens hälso- och sjukvårdssystem i förändring .....	52
	Problem med integration av servicen .....	56
	Nationell styrning i decentraliserade system .....	57

2.13	Bedömning av nuläget.....	59
	Servicestrukturen för social- och hälsovården .....	59
	Att främja hälsa och välfärd.....	61
	Finansiering .....	62
	Utvecklingsverksamhet och strukturer.....	62
	Undervisnings- och forskningsverksamhet .....	63
3	Målsättning och de viktigaste förslagen .....	64
3.1	Målsättning.....	64
3.2	Alternativ för genomförandet .....	65
3.3	De viktigaste förslagen .....	68
	Ansvar för att ordna social- och hälsovården.....	68
	Specialupptagningsområden .....	69
	Förvaltning .....	70
	Finansiering .....	71
	Finansiering av specialupptagningsområden.....	72
	Utvecklingsverksamhet .....	72
4	Propositionens konsekvenser .....	73
4.1	Allmänt.....	73
5	Beredningen av propositionen .....	73
6	Samband med andra propositioner .....	73
	DETALJMOTIVERING .....	74
1	Lagförslag .....	74
1.1	Lagen om ordnandet av social- och hälsovården .....	74
	1 kap. Allmänna bestämmelser .....	74
	2 kap. Ordnandet av social- och hälsovården.....	76
	3 kap. Förvaltning.....	88
	4 kap. Styrning, planering och utveckling .....	98
	5 kap. Finansiering.....	103
	6 kap. Tillsyn .....	112
	7 kap. Särskilda bestämmelser .....	116
1.2	Lag om införande av lagen om ordnandet av social- och hälsovården .....	123
2	Närmare bestämmelser .....	130
3	Ikraftträdande .....	130
4	Förhållande till grundlagen och behandlingsordning.....	130
	Lagförslag .....	131
	Lag om ordnandet av social- och hälsovården .....	131
	Lag om införande av lagen om ordnandet av social - och hälsovården .....	153
	Bilaga 1 Sektioner som tillsatts av beredningsgruppen och övriga grupper som deltagit i beredningen: .....	159
	Bilaga 2 Reservation .....	162
	Bilaga 3 Utlåtanden .....	164



# Regeringens proposition till riksdagen med förslag till lag om ordnandet av social- och hälsovården och till vissa lagar som hänför sig till den

## PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL

I propositionen föreslås att det ska stiftas en lag om ordnandet av social- och hälsovården. Genom lagen förnyas bestämmelserna om ordnandet, förvaltningen, planeringen och finansieringen av samt tillsynen över kommunal social- och hälsovård. Genom reformen sammanförs det övergripande ansvaret för ordnandet av tjänster som för närvarande hör till flera olika kommunala organisationer i regel på social- och hälsovårdsområden. Social- och hälsovårdsområdena bildas av huvudorterna i landskapen samt av separat fastställda kommuner med fler än 50 000 invånare. Förvaltningen av ett social- och hälsovårdsområde genomförs i regel enligt modellen med en ansvarig kommun så att de kommuner som ingår i området deltar i förvaltningen av verksamheten via ett gemensamt organ i den ansvariga kommunen. Det kan vara möjligt att ordna social- och hälsovårdsområdenas verksamhet också enligt modellen med samkommun, om invånarantalet i huvudorten i området är mindre än hälften av invånarantalet i hela området.

Som ett undantag från huvudregeln kan det inom social- och hälsovårdsområdena också ingå områden med basal social- och hälsovård som har ansvar för ordnandet av en del av socialvården samt primärvården och i vissa fall också för vissa tjänster inom den specialiserade sjukvården. Ett område med basal social- och hälsovård kan bildas av en kommun med minst ca 20 000 invånare. Den kan dessutom ordna tjänster på basal nivå för andra kommuner som hör till samma pendlingsregion eller funktionella helhet. Också i ett område med basal social- och hälsovård verkställs förvaltningen genom modellen med en ansvarig kommun.

För koordineringen och skötseln av mer omfattande regionala eller nationella uppgifter inom social- och hälsovården finns det

dessutom fem specialupptagningsområden. Specialupptagningsområdena har uttryckligen i uppgift att styra och samordna verksamheten i social- och hälsovårdsområdena och i områdena med basal social- och hälsovård och de tjänster som dessa ordnar.

Statsrådet fattar beslut om social- och hälsovårdsområdena, områdena med basal social- och hälsovård och specialupptagningsområdena samt om de kommuner som ingår i dem.

Enligt förslaget grundar sig social- och hälsovårdens utvecklingsverksamhet på det nationella utvecklingsprogram som utarbetas för fyra år i sänder. Dessutom tillsätter statsrådet en delegation för fyra år i sänder, vilken samlar ihop och verkställer socialvårdens och hälso- och sjukvårdens nationella mål samt främjar samarbetet mellan aktörerna inom branschen.

Kommunerna ansvarar för finansieringen av social- och hälsovården. Finansieringen baserar sig i huvudregel på avgifter som grundar sig på invånarantalet i de kommuner som hör till social- och hälsovårdsområdet eller området med basal social- och hälsovård. Avgifterna viktas enligt de bestämningsgrunder som används vid beräkningen av statsandel för kommunal basservice.

På grund av reformen upphävs folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård samt lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården. På grund av lagen om ordnandet av social- och hälsovården är det dessutom nödvändigt att införa ändringar i flera lagar som gäller social- och hälsovård.

Det föreslås att lagen ska införas genom en separat lag om införande av lagen. Det föreslås att lagarna ska träda i kraft vid ingången av år 2015. De områden som avses i lagen ska bildas så att de inleder sin verksamhet senast vid ingången av 2017.

## INNEHÅLL

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL.....	15
INNEHÅLL .....	16
ALLMÄN MOTIVERING .....	19
1 Inledning .....	19
2 Nuläge .....	20
2.1 Grundläggande fri- och rättigheter.....	20
Allmänt .....	20
Social- och hälsovårdstjänster .....	21
Språkliga rättigheter .....	22
2.2 Kommunal självstyrelse .....	23
2.3 Främjande av hälsa och välfärd .....	24
2.4 Hälso- och sjukvård .....	27
Primärvård.....	27
Den specialiserade sjukvården och sjukvårdsdistrikten .....	27
Specialupptagningsområden.....	28
2.5 Socialvård .....	29
Ansvar för ordnande av specialomsorger för utvecklingsstörda .....	30
2.6 Kommun- och servicestrukturen.....	32
Kommunstrukturen .....	32
Kommunreformen .....	34
2.7 Kommunernas förvaltning och samarbete.....	36
Ordande av kommuners förvaltning och ekonomi .....	36
Kommunernas samarbetsformer .....	36
Olika sätt på vilka kommunerna samarbetar.....	40
2.8 Finansieringen av social- och hälsovården och kostnadsfördelningen mellan kommunerna .....	44
Finansiering.....	44
2.9 Utvecklingsverksamhet och -strukturer .....	46
Utvecklingsverksamhet och -strukturer.....	46
2.10 Undervisnings-, utbildnings- och forskningsverksamhet .....	48
2.11 Styrning och övervakning .....	49
Social- och hälsovårdsministeriet .....	49
Metoder och påföljder inom tillsynen .....	51
2.12 Nordens social- och hälsovårdssystem .....	52
Nordens hälso- och sjukvårdssystem i förändring .....	52
Problem med integration av servicen.....	56
Nationell styrning i decentraliserade system.....	57
2.13 Bedömning av nuläget .....	59



	Servicestrukturen för social- och hälsovården .....	59
	Att främja hälsa och välfärd.....	61
	Finansiering.....	62
	Utvecklingsverksamhet och strukturer .....	62
	Undervisnings- och forskningsverksamhet .....	63
3	Målsättning och de viktigaste förslagen .....	64
3.1	Målsättning .....	64
3.2	Alternativ för genomförandet .....	65
3.3	De viktigaste förslagen .....	68
	Ansvaret för att ordna social- och hälsovården.....	68
	Specialupptagningsområden.....	69
	Förvaltning.....	70
	Finansiering.....	71
	Finansiering av social- och hälsovårdsområden och områden med basal social- och hälsovård.....	71
	Finansiering av specialupptagningsområden.....	72
	Utvecklingsverksamhet .....	72
4	Propositionens konsekvenser .....	73
4.1	Allmänt.....	73
4.2	Ekonomiska konsekvenser .....	<b>Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.</b>
4.3	Administrativa och organisatoriska konsekvenser .....	<b>Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.</b>
4.4	Konsekvenser för kommuninvånarna samt för klienterna och patienterna.....	<b>Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.</b>
4.5	Tjänsteproduktionen .....	<b>Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.</b>
4.6	Konsekvenser för personalen.....	<b>Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.</b>
5	Beredningen av propositionen .....	73
5.1	Beredningsskeden .....	<b>Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.</b>
5.2	Remissyttranden och hur de har beaktats.....	<b>Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.</b>
6	Samband med andra propositioner .....	73
	DETALJMOTIVERING .....	74
1	Lagförslag .....	74
1.1	Lagen om ordnandet av social- och hälsovården.....	74
	1 kap. <b>Allmänna bestämmelser</b> .....	74
	2 kap. <b>Ordnandet av social- och hälsovården</b> .....	76
	3 kap. <b>Förvaltning</b> .....	88
	4 kap. <b>Styrning, planering och utveckling</b> .....	98
	5 kap. <b>Finansiering</b> .....	103
	6 kap. <b>Tillsyn</b> .....	112
	7 kap. <b>Särskilda bestämmelser</b> .....	116

1.2	Lag om införande av lagen om ordnandet av social- och hälsovården.....	123
1.3	Ändringar i annan lagstiftning .....	<b>Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.</b>
2	Närmare bestämmelser .....	130
3	Ikraftträdande .....	130
4	Förhållande till grundlagen och behandlingsordning .....	130
4.1	Allmänt.....	<b>Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.</b>
4.2	Tryggandet av tillräckliga tjänster på lika villkor som överkommunalt uppdrag	<b>Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.</b>
4.3	Rösträtten i beslutsfattandet.....	<b>Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.</b>
4.4	Modellen med en ansvarig kommun...	<b>Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.</b>
4.5	Områden med basal social- och hälsovård	<b>Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.</b>
4.6	Bemyndigande att utfärda förordning .	<b>Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.</b>
4.7	Statsrådets befogenheter .....	<b>Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.</b>
4.8	Språkliga rättigheter.....	<b>Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.</b>
4.9	Samernas rättigheter .....	<b>Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.</b>
4.10	Egendom .....	<b>Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.</b>
	Lagförslag .....	131
	Lag om ordnandet av social- och hälsovården .....	131
	Lag om införande av lagen om ordnandet av social - och hälsovården .....	153

## ALLMÄN MOTIVERING

### 1 Inledning

Kommunerna ansvarar för ordnandet och verkställandet av social- och hälsovården. Det fanns 320 kommuner i Finland vid ingången av år 2013, av vilka 304 i Fastlandsfinland och 16 i landskapet Åland. Ordnandet av social- och hälsovården i landskapet Åland hör till landskapets självstyrelse, varför ordnandet av Ålands social- och hälsovårdstjänster inte behandlas i större omfattning i denna proposition.

På grund av det stora antalet i genomsnitt små kommuner måste den specialiserade sjukvården och de utvecklingsstördas specialomsorger ordnas som ett samarbete mellan kommuner genom sjukvårdsdistrikt och samkommuner för specialomsorgsdistrikten. Genom det kommunbaserade systemet kompletterat med samkommuner som ansvarar för ordnandet av tjänster som kräver ett brett befolkningsunderlag eller specialkompetens har man länge kunnat bemöta befolkningens servicebehov. Det har redan länge funnits bestämmelser om obligatoriskt samarbete bl.a. för att ordna den specialiserade sjukvården och specialomsorger om utvecklingsstörda.

Det kommunbaserade systemet har dock visat sig vara sårbart när servicebehoven växer, befolkningen åldras och på grund av bristande bärkraft hos flera kommuner. Därför har man börjat förnya social- och hälsovårdens servicestruktur både genom ändringar i det nuvarande systemet och genom att förbereda en övergång till ett system av ett helt nytt slag. Av delreformerna kan man nämna förvaltningsförsöket i Kajanaland som inleddes 2005 och lagen om en kommun- och servicestrukturereform (169/2007) som stiftades 2007, nedan ramlagen. I landskapsförsöket i Kajanaland verkställdes social- och hälsovården i regionens kommuner av en till landskapsförvaltningen hörande samkommun inom hela landskapet.

Ramlagen ålägger kommunerna skyldigheten att samarbeta vid ordnandet av servicen.

Samarbetsskyldigheten enligt ramlagen gäller på viss tid till och med utgången av år 2014. Enligt ramlagen ska en kommun bestå av en pendlingsregion eller någon annan sådan funktionell helhet som har ekonomiska förutsättningar och på personella resurser grundade förutsättningar att svara för ordnandet och finansieringen av servicen. En kommun eller ett samarbetsområde som sköter primärvården och socialvården ska ha minst ca 20 000 invånare. Ett samarbetsområde kan också ges andra uppgifter. Kommunerna kan inrätta ett samarbetsområde genom att anförtro en kommun att sköta samarbetsområdets uppgifter i enlighet med 76 § 2 mom. i kommunallagen (365/1995) eller genom att inrätta en samkommun. Från de villkor som ställs på befolkningsunderlaget kan avvika, om det på grund av skärgård eller långa avstånd inte är möjligt att bilda en funktionell helhet eller det är behövligt för att trygga de finsk- eller svenskspråkiga invånarnas språkliga rättigheter eller för att trygga de rättigheter som gäller samernas språk och kultur.

Enligt uppgifter som Finlands kommunförbund samlat in stod sammanlagt 91 kommuner själva för ordnandet av social- och hälsovårdens tjänster år 2012. Av befolkningen bor 60 procent i dessa kommuner. Det fanns sammanlagt 63 samarbetsområden och i dem ingick 229 kommuner. Av befolkningen bodde 40 procent inom samarbetsområdena.

För primärvård och socialservice ansvarade år 2012 33 samkommuner med sammanlagt 140 medlemskommuner. Utöver för primärvården ansvarade samkommunerna också för all socialservice, eller för sociala tjänster med undantag för barndagvård, eller för enskilda uppgifter inom socialväsendet. En del av samkommunerna ansvarar endast för primärvården.

Det fanns 30 samarbetsområden enligt modellen med en ansvarig kommun, och i dem ingick sammanlagt 89 kommuner. En ansvarig kommun ansvarar för ordnandet av den egna kommunens social- och hälsovård. Den

ansvariga kommunen ansvarar på avtalskommunernas vägnar utöver för primärvården också för all socialservice, för sociala tjänster med undantag för barndagvård eller för enskilda sociala tjänster. En del av de ansvariga kommunerna ansvarar på avtalskommunernas vägnar endast för primärvården.

Dessutom ordnas social- och hälsovårdstjänster av 20 sjukvårdsdistrikt och 15 specialomsorgsdistrikt för utvecklingsstörda. Av dessa har verksamheten för fyra specialomsorgsdistrikt för utvecklingsstörda och sjukvårdsdistrikt sammanförts i samma samkommun.

Enligt statsminister Jyrki Katainens regeringsprogram förnyas servicestrukturen inom social- och hälsovården som en del av kommunreformen för att säkerställa en likvärdig tillgång till kvalitativa, effektiva och rättidiga social- och hälsovårdstjänster. Enligt programmet bevaras ansvaret för ordnandet och finansieringen av social- och hälsovården hos kommunerna. För att säkerställa tillgången till social- och hälsovårdstjänster av hög kvalitet och för att trygga finansieringen av dem ska det bildas starka primärkommuner som har kapacitet att ansvara för ordnandet och finansieringen av social- och hälsovården.

Som ett alternativ till en stark kommun med förmågan att ordna och finansiera social- och hälsovården kan vid behov ges möjlighet till ett undantagsförfarande, där kommunerna tillsammans kan bilda social- och hälsovårdsområden som i fråga om befolkningsunderlaget är tillräckligt stora för att kunna ansvara för ordnandet och finansieringen av social- och hälsovården. En reform av servicestrukturen för social- och hälsovården utreds som en del av kommun- och servicestrukturutredningen.

Ansvaret för finansieringen och ordnandet av social- och hälsovården innehas av samma organisation (en kommun eller ett social- och hälsovårdsområde). Kommunerna och social- och hälsovårdsområdena ansvarar för social- och hälsovårdens basservice samt för en del av den specialiserade sjukvårdens uppgifter (t.ex. s.k. grundläggande specialiserad sjukvård) samt på motsvarande sätt i fråga om

uppgifterna inom socialvården i syfte att bilda en så omfattande servicehelhet som möjligt. Kommunerna och social- och hälsovårdsområdena ansvarar tillsammans för de uppgifter inom den specialiserade sjukvården och socialvården som fastställs utifrån en ändamålsenlig arbetsfördelning. Sjukvårdsdistriktens och specialomsorgsdistriktens serviceproduktion används för att komplettera kommunernas och social- och hälsovårdsområdenas tjänster.

För kommunernas och social- och hälsovårdsområdenas gemensamma uppgifter finns det fem specialupptagningsområden. Till ett specialupptagningsområdes uppgifter hör bl.a. krävande social- och hälsovårdstjänster som ska centraliseras samt uppgifter som hänför sig till forskning, utveckling och utbildning inom det egna området.

Bl.a. i anslutning till de ovan konstaterade inskrivningarna konstaterades i regeringsprogrammet att en lag om ordnande, finansiering, utveckling och övervakning av social- och hälsovården ska stiftas för att verkställa reformen av social- och hälsovårdens servicestruktur.

## 2 Nuläge

### 2.1 Grundläggande fri- och rättigheter

#### Allmänt

I 1 § 2 mom. i grundlagen ingår såsom de grundläggande värden som konstitutionen grundar sig på människovärdets okränkbarhet och den enskilda människans frihet och rättigheter samt främjandet av rättvisa i samhället. Bestämmelsen kan anses utgöra utgångspunkten för bedömningen av innehållet i det allmännas skyldigheter. Tryggandet av individens frihet och rättigheter betonar också den viktiga position som de grundläggande fri- och rättigheterna har i konstitutionen. Bestämmelser om de grundläggande fri- och rättigheterna ingår i 2 kap. i grundlagen. Tolkningen av de grundläggande fri- och rättigheterna påverkas också av människorättsorganens beslut och grundlagsutskottets

utlåtanden och dessa förändrar och omformar bestämmelserna i 2 kap. i grundlagen.

Sättet på vilket social- och hälsovården ska ordnas och hur den ska finnas tillgänglig påverkas indirekt av flera grundläggande fri- och rättigheter, främst av jämlikhet och förbudet mot diskriminering (6 §), rätt till liv och till personlig frihet, integritet och trygghet (7 §), skydd för privatlivet (10 §), religions- och samvetsfrihet (11 §), upptagningsofentlighet (12 §), rätt att ta del i beslutsprocesser som gäller en själv (14 § 4 mom.), rätt till eget språk och egen kultur (17 §), rätt till social trygghet (19 §) samt det allmännas skyldighet att se till att de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna tillgodoses (22 §). Bestämmelserna om de grundläggande fri- och rättigheterna fastställer för sin del sättet på vilket skyldigheten att trygga social- och hälsovårdstjänsterna ska uppfyllas.

I 6 § 1 mom. i grundlagen ingår ett krav om rättslig jämlikhet. Enligt bestämmelsen är alla lika inför lagen. Människor ska i lagstiftningen, domstolar och myndighetsverksamhet bemötas på samma sätt i likadana förhållanden. I jämlikhetsprincipen ingår också ett förbud mot egenmäktighet. Begränsningarna av lagstiftningsmakten preciseras av diskrimineringsförbuden i 2 mom., enligt vilka ingen utan godtagbart skäl får särbehandlas på grund av kön, ålder, ursprung, språk, religion, övertygelse, åsikt, hälsotillstånd eller handikapp eller av någon annan orsak som gäller hans eller hennes person.

Genomförande av faktisk jämlikhet kan dock förutsätta avvikelser från formell jämlikhet i godtagbart syfte och inom ramen för proportionalitetsprincipen. Kravet på likabehandling hindrar inte s.k. positiv särbehandling. Att behandla olika människogrupper olika sinsemellan ska dock ha en samhällspolitiskt godtagbar orsak. Bestämmelsen i 6 § 2 mom. i grundlagen förbjuder favorisering eller att ge en individ eller en grupp en privilegierad ställning, om det innebär faktisk diskriminering av andra personer (RP 309/1993 rd, 43).

I fråga om social- och hälsovårdstjänsterna blir klienternas och patienternas jämlikhet bedömda såväl med tanke på tryggandet av

tillräckliga tjänster, regionala skillnader i tjänsterna som med tanke på prissättningen av tjänsterna. Grundlagsutskottet har t.ex. inte ansett att ett geografiskt kriterium i sig är godtagbart som urskiljningsgrund med tanke på 6 § 2 mom. i grundlagen (GrUU 59/2001 rd, 2).

#### Social- och hälsovårdstjänster

I 19 § 1 mom. i grundlagen tryggas rätten till oundgänglig försörjning och omsorg. Den omsorg som avses i bestämmelsen betyder social- och hälsovårdstjänster. Enligt 19 § 3 mom. i grundlagen ska det allmänna tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Bestämmelsen i 19 § 3 mom. i grundlagen kompletteras av bestämmelserna i speciallagstiftningen för social- och hälsovård, såsom av socialvårdslagen (710/1982), lagen om service och stöd på grund av handikapp (380/1987), hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010), folkhälsolagen (66/1972), lagen om specialiserad sjukvård (1062/1989), lagen om smittsamma sjukdomar (583/1986) och flera andra speciallagar som gäller kommunernas skyldighet att ordna social- och hälsovårdstjänster.

När det bedöms om tjänsterna är tillräckliga är utgångspunkten en sådan nivå för tjänsterna som skapar förutsättningar för varje människa att fungera som en fullvärdig medlem av samhället. Tillräckliga tjänster i den betydelse som avses i 19 § 3 mom. är inte desamma som det skydd som ges i sista hand enligt 19 § 1 mom. i grundlagen. Vid ordnandet av social- och hälsovård får bestämmelsen en viktig roll när man avgör frågan om hur man kan genomföra tillräckliga men också nödvändiga social- och hälsovårdstjänster i hela landet. Socialvårdstjänsternas kvalitet och tillräcklighet ska granskas med tanke på hela systemet med grundläggande fri- och rättigheter, såsom t.ex. från perspektivet för jämlikhet och förbudet mot diskriminering (RP 309/1993 rd).

Den skyldighet som ålagts det allmänna i 19 § 3 mom. i grundlagen att främja befolkningens hälsa avser enligt motiveringen till bestämmelsen å ena sidan social- och hälso-

vårdens preventiva verksamhet och å andra sidan utvecklandet av förhållandena i samhället inom det allmännas olika verksamhetssektorer i en riktning som allmänt främjar befolkningens hälsa.

I 22 § i grundlagen ingår en skyldighet för det allmänna att trygga att de grundläggande fri- och rättigheterna förverkligas i praktiken. Med det allmänna avses här både staten och kommunerna. Genom speciallagstiftningen har bestämmelser införts om kommunernas skyldighet att ordna social- och hälsovård för sina invånare och i vissa fall för personer som vistas i kommunen och för andra personer. Det allmänna ska aktivt skapa faktiska förutsättningar för förverkligande av de grundläggande fri- och rättigheterna. Staten ska genom lagstiftningsåtgärder och genom att bevilja resurser samt genom vederbörlig finansiering av kommunerna och genom ordnande av deras verksamhet se till att tillräckliga social- och hälsovårdstjänster blir tryggade. Den finansiering och de resurser som verksamheten kräver fås i huvudsak av de statsandelar som staten beviljar kommunerna och av kommunens beskattningsrätt.

De övriga bestämmelserna om de grundläggande fri- och rättigheterna fastställer för sin del sättet på vilket skyldigheten att trygga tjänsterna ska uppfyllas. Grundlagsbestämmelser som också gäller social- och hälsovårdstjänster är t.ex. bestämmelsen om jämlikhet och förbudet mot diskriminering (6 §), rätt till liv och till personlig frihet, integritet och trygghet (7 §), skydd för privatlivet (10 §), religions- och samvetsfrihet (11 §), upptagningsoffentlighet (12 §) samt rätt att ta del i beslutsprocesser som gäller en själv (14 § 4 mom.)

### Språkliga rättigheter

De språkliga rättigheterna är på lag eller förordning grundande bestämmelser om rätten att använda ett visst språk eller vissa språk. De språkliga rättigheterna är medborgarrättigheter. Myndigheterna, såsom kommunerna och andra instanser som sköter offentliga uppgifter, har en skyldighet att bejåna medborgarna på deras språk.

Enligt 17 § i grundlagen är finska och svenska nationalspråken i vårt land. Dessutom ingår i grundlagen bestämmelser om de språkliga rättigheterna hos samerna, romerna och de teckenspråkiga samt hos personer som på grund av funktionshinder behöver tolknings- eller översättningshjälp. Enligt 17 § 2 mom. i grundlagen ska det allmänna tillgodose landets finskspråkiga och svenskspråkiga befolknings kulturella och samhälleliga behov enligt lika grunder. Enligt 6 § i grundlagen är alla lika inför lagen. Enligt 2 mom. får ingen utan godtagbart skäl särbehandlas bl.a. på grund av språk. Båda bestämmelserna ger uttryck för lagstiftarens strävan efter att säkerställa faktisk jämlikhet mellan nationalspråken.

De språkliga rättigheterna hänför sig också till säkerställandet av god förvaltning. Enligt 21 § i grundlagen har var och en rätt till god förvaltning, om vilken det föreskrivs närmare genom lag. Enligt språklagen förutsätts av statliga myndigheter och av myndigheterna i tvåspråkiga kommuner att förvaltningen fungerar och service tillhandahålls såväl på finska som på svenska. I fråga om dessa myndigheter kan man anse att grundlagen kräver att förvaltningen kvalitativt ska vara lika god och i praktiken lika tillgänglig för den finsk- och för den svenskspråkiga befolkningen på lika grunder.

Enligt 122 § i grundlagen ska man när förvaltningen organiseras eftersträva en indelning i sinsemellan förenliga områden så att den finsk- och svenskspråkiga befolkningens möjligheter att erhålla tjänster på det egna språket tillgodoses enligt lika grunder. Syftet med 122 § i grundlagen är inte i första hand att säkerställa bildandet av enspråkiga enheter, utan framför allt att trygga service såväl på finska som på svenska.

Språklagen (423/2003) innehåller detaljerade bestämmelser om rätten att använda finska och svenska. Språklagen tillämpas inom statliga och kommunala myndigheter och inom självständiga offentlighetsinrättningar. Lagen gäller också statliga af-färsverk, statliga och kommunala bolag samt enskilda personer när de sköter offentliga förvaltningsuppgifter.

Enligt 17 § 3 mom. i grundlagen har samerna rätt att bevara och utveckla sitt språk och sin kultur. Enligt lagförbehållet i bestämmelsen ska bestämmelser om samernas rätt att använda samiska hos myndigheterna utfärdas genom lag. För närvarande ingår bestämmelser om saken i samiska språklagen (1086/2003). Kommunerna har ingen skyldighet att ordna social- och hälsovårdstjänster på samiska. En klient och en patient har dock rätt att få tolkning till alla tre samiska språk inom samernas hembygdsområde och i de samkommuner i vilka dessa kommuner ingår. Sådana är t.ex. Lapplands sjukvårdsdistrikt och Lapplands specialomsorgsdistrikt. Enligt samiska språklagen har en klient och en patient rätt att få förvaltningsbeslut på sitt eget språk. Den kulturella självstyrelsen enligt samiska språklagen utsträcker sig inte till ordnandet av social- och hälsovårdstjänster som hör till kommunernas ansvar. Däremot ska den samiska befolkningen ha möjlighet att påverka innehållet i social- och hälsovårdstjänsterna för att utöver språket deras traditionella sedvanor och näringar blir beaktade på vederbörligt sätt.

Romerna har ingen egen språklag, men rätten att bevara och utveckla sitt eget språk och sin egen kultur ingår i 17 § 3 mom. i grundlagen. Enligt forskningsresultat används romani av ca 30–40 procent av den romska befolkningen, och språket används mest i hemmet samt med släktingar och vänner. Den romska befolkningen använder finska vid utträttande av ärenden med myndigheter. Däremot betonas behovet av förståelse för den romska befolkningens kultur i synnerhet inom social- och hälsovården, där den romska befolkningens sedvanor avviker från majoritetsbefolkningens praxis t.ex. i fråga om renhetsföreställningar.

Enligt 17 § 3 mom. i grundlagen ska rättigheterna för dem som använder teckenspråk samt dem som på grund av handikapp behöver tolknings- och översättningshjälp tryggas genom lag. Närmare bestämmelser om denna rätt ingår i lagen om tolkningstjänst för handikappade personer (133/2010).

I Finland bor 4 863 351 finskspråkiga och 291 219 svenskspråkiga personer (statsrådets berättelse om tillämpningen av språklagstift-

ningen 2013). I synnerhet i södra Finland är tvåspråkighet allmänt bland den svenskspråkiga befolkningen. Det bedöms att det sammanlagt finns ca 9 000–10 000 personer som talar nordsamiska, enaresamiska och skolt-samiska. Över hälften av samerna och t.o.m. över 70 procent av barnen under 10 år bor utanför hembygdsområdet (Enontekis, Utsjoki, Enare och delar av Sodankylä). Likaså bedöms det att det finns ca 10 000 teckenspråkiga personer och personer som hör till den romska befolkningen och de bor runtom i Finland.

Både i socialvårdslagen och i hälso- och sjukvårdslagen ingår bestämmelser om en kommuns eller samkommuns skyldighet att dessutom se till att nordiska medborgare vid behov har möjlighet att använda sitt eget språk, dvs. finska, danska, isländska, norska eller svenska, när de anlitar hälso- och sjukvårdstjänster. Kommunen och samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt ska då i den mån det är möjligt se till att nordiska medborgare får behövlig tolk- och översättningshjälp och, om det är möjligt, ska ett språk användas som klienten eller patienten förstår. Bestämmelserna grundar sig på den nordiska konventionen om socialt bistånd och sociala tjänster (FördrS 69/1996, artikel 5) och bestämmelser om införande av konventionen ingår i republikens presidents förordning 136/2004.

Andra språk, såsom ryska och estniska, omfattas av bestämmelserna i patientlagen och i klientlagen, enligt vilka patientens modersmål och individuella behov samt den kultur som han eller hon företräder i mån av möjlighet ska beaktas i vården och bemötandet.

## 2.2 Kommunal självstyrelse

Bestämmelser om grunderna för kommunal självstyrelse ingår i 121 § i grundlagen. Enligt 1 mom. ska kommunernas förvaltning grunda sig på självstyrelse för kommunens invånare. Det har således uppställts ett demokratikrav för kommunernas förvaltning. I 2 mom. förutsätts att bestämmelser om de allmänna grunderna för kommunernas för-

valtning och om uppgifter som åläggs kommunerna utfärdas genom lag. Med de allmänna grunderna för kommunernas förvaltning avses bl.a. användning av kommunens högsta beslutanderätt, grunderna för ordnandet av den övriga förvaltningen i kommunen och de viktigaste elementen i kommuninvånarnas medbestämmanderätt.

I enlighet med självstyrelseprinciperna ska demokratin i kommunernas beslutssystem tryggas genom lag. Detta innebär framför allt att kommuninvånarna har rätt att välja förvaltningsorgan samt att beslutanderätten i kommunerna tillkommer de valda organen (Regeringens proposition till Riksdagen med förslag till grundlag, RP 1/1998 rd). Kravet om bestämmelser på lagnivå utsträcker sig med stöd av den nämnda bestämmelsen också till uppgifter som ges kommuner. Det är förenligt med principen om kommuninvånarnas självstyrelse att kommunen själv ska kunna besluta om uppgifter som den åtagit sig med stöd av självstyrelsen samt att kommunen inte kan tilldelas uppgifter genom författningar på lägre nivå än lag (RP 1/1998 rd, s. 176). I 121 § 3 mom. i grundlagen fastställs för kommunerna dessutom en beskattningsrätt och där förutsätts att bestämmelser om grunderna för skattskyldigheten och för hur skatten bestäms samt om de skattskyldigas rättsskydd utfärdas genom lag.

Syftet med den verksamhet som idkas på basis av självstyrelse är att trygga välfärdstjänster för kommuninvånarna, att säkerställa den lokala demokratins funktion samt att främja den regionala livskraften. I Finland har kommunerna en betydande roll och uppgift för ordnande, finansiering och produktion av de välfärdstjänster som hör till samhällets ansvarsområde. Lokala starka sidor och verksamhet i form av förtroendeuppgifter kanaliseras till gemensam fördel. Välfärdsstaten stöder sig således funktionellt på den kommunala självstyrelsen.

Riksdagens grundlagsutskott har fastställt kärnan av innehållet i den kommunala självstyrelsen i samband med granskningen av olika lagar. Karaktärsdrag i den kommunala självstyrelsen som tryggas av grundlagen är kommuninvånarnas rätt att välja kommunens högsta beslutsfattande organ. En kommun

har dessutom en självständig ekonomisk beslutanderätt i vilken ingår beskattningsrätt. En kommun har allmän behörighet att besluta om kommuninvånarnas gemensamma ärenden. Demokrati och subsidiaritetsprincipen ingår i den kommunala självstyrelsen.

I Finland är kommunerna inte bara grundenheter för demokratin som handhar invånarnas lokala ärenden, utan deras uppgift är också att sörja för att de i grundlagen tryggade ekonomiska, sociala och kulturella grundläggande fri- och rättigheterna förverkligas. Med tanke på den lagstiftning som gäller kommuner är således utöver bestämmelserna om kommunal självstyrelse i 121 § i grundlagen bestämmelserna om de grundläggande fri- och rättigheterna i 2 kap. i grundlagen av betydelse. Dessa har beskrivits ovan i avsnitten 2.1.1 och 2.1.2.

Kommunal självstyrelse hör också till den europeiska demokratins kärna. Finland har förbundit sig att iakttä europeiska stadgan om lokal självstyrelse (FördrS 66/1991). Enligt stadgan främjar skyddet och stärkandet av den kommunala självstyrelsen uppbyggandet av ett sådant Europa som stöder sig på principerna om demokrati och decentralisering. Vid en jämförelse mellan olika länder i världen kan man också iakttä att en stark lokal självstyrelse och ekonomisk och kulturell utveckling vanligtvis hör samman. Kommunal självstyrelse är det sätt på vilket demokratiska nationer ordnar skötseln av lokala ärenden. Den finska kommunalförvaltningen har sina egna särdrag, men den har också internationella rötter. På olika håll i världen ingår i självstyrelsen den princip att förvaltningen sköts av dem som denna förvaltning betjänar. Den kommunala självstyrelsen är till sin natur allmän. Till den kommunala självstyrelsen hör uppgifter som kommuner ska sköta enligt särskilda bestämmelser i olika lagar och andra lokala frågor, som det allmänna intresset kräver att den kommunala förvaltningen ska sköta.

## 2.3 Främjande av hälsa och välfärd

Servicestrukturarbetsgruppen definierade i sin mellanrapport (SHM Rapporter och promemorior 2012:17) främjandet av hälsa och



välfärd på följande sätt: Främjandet av hälsa och välfärd är verksamhet som riktar sig till individer, familjer, samfund, befolkningen, levnadsförhållandena och livsmiljön (samt ordnandet av service) med hjälp av vilken befolkningens hälsa och välfärd förbättras samt genom vilken skillnaderna mellan olika befolkningsgrupper minskas. Dessutom förebyggs sjukdomar, olycksfall, utslagning och andra sociala och hälsomässiga olägenheter samt förbättras arbets- och funktionsförmågan och stärks gemenskapen, delaktigheten och tryggheten. I kommunerna består arbetet för att främja hälsa och välfärd av planmässig allokering av resurser på arbete som olika ansvarsområden och övriga i kommunen eller området verksamma organisationer genomför i samarbete för att främja hälsa och välfärd och minska skillnader i hälsa och välfärd mellan befolkningsgrupperna.

Bestämmelser om tryggnad av befolkningens välfärd ingår i Finlands grundlag, enligt vilken alla som inte förmår skaffa sig den trygghet som behövs för ett människovärdigt liv har rätt till oundgänglig försörjning och omsorg. Det allmänna ska tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Det allmänna ska också stödja familjerna och andra som svarar för omsorgen om barn så att de har möjligheter att trygga barnens välfärd och individuella uppväxt.

Bestämmelsen i 1 § 3 mom. i kommunallagen ålägger kommunerna skyldigheten att främja sina invånares välfärd och en hållbar utveckling inom sitt område. Hälso- och sjukvårdslagen ålägger kommuner och samkommuner att i samband med beredning av beslut och avgöranden på förhand bedöma och beakta de konsekvenser besluten och avgörandena har för befolkningens hälsa och sociala välfärd. En kommun ska bevaka kommuninvånarnas hälsa och välfärd och de faktorer som påverkar dessa inom varje befolkningsgrupp och i detta syfte utarbeta en välfärdsberättelse och fastställa indikatorer för bevakningen. Också ansvarsinstanserna för hälsa och välfärd ska fastställas. Om genomförandet av hälsofrämjandet ska överenskommas i en plan för ordnandet av social-

och hälsovården som kommunerna lägger fram tillsammans. Med stöd av 13 § 2 mom. i socialvårdslagen är kommunen utöver sina övriga uppgifter som gäller socialvården skyldig att även i övrigt inom sitt område verka för utvecklande av de sociala förhållandena och avhjälpande av sociala missförhållanden. Med stöd av 1 och 2 § i socialvårdsförordningen (607/1983) ska socialnämnden för att främja den sociala utvecklingen samt för att förebygga och avhjälpa sociala missförhållanden sätta sig in i levnadsvillkoren i kommunen och följa hur de utvecklas. Sociala synpunkter ska beaktas inom kommunens olika funktioner, såsom hälsovården, skolväsendet, markdispositionen och byggandet, bostadsfrågorna, sysselsättningen, kultur- och fritidsfunktionerna samt ordnandet av trafik- och annan service.

Lagstiftning där främjande av hälsa och välfärd betonas är t.ex. barnskyddslagen (417/2007), ungdomslagen (72/2006), alkohollagen (1143/1994), tobakslagen (693/1976), lagen om stödande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (980/2012) och statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga (338/2011). Mer detaljerade bestämmelser om främjandet av välfärden hos olika befolknings- och klientgrupper ingår i den speciallagstiftning som gäller dessa grupper. Lagen om samarbetsområden för miljö- och hälsoskyddet (410/2009) fastställer minimikrav för ordnandet av miljö- och hälsoskydd i kommunerna. För ordnandet av miljö- och hälsoskyddet har kommuner bildat samarbetsområden för miljö- och hälsoskydd, vilka har i uppgift att verkställa tillsynen över olägenheter för miljö och hälsa enligt den kommunala livsmedelslagen, hälsoskyddslagen, kemikallagen, tobakslagen, konsument säkerhetslagen samt veterinärvårdslagen.

Främjande av befolkningens hälsa och välfärd och därtill hörande minskande av olikvärdighet och hälsoskillnader hör till kommunernas grundläggande uppgifter. Enligt kommunallagen och hälso- och sjukvårdslagen hör uppgiften i kommunen till alla för-

valtningsområden som en del av respektive förvaltningsområdes egna grundläggande uppgifter. Uppgifterna samordnas i kommunstrategin och i verksamhets- och ekonomiplanen bestäms om deras genomförande och finansiering. Kommunernas och samkommunernas långsiktiga arbete för främjande av hälsa och välfärd behöver i kommunen permanenta, sektorsövergripande strukturer för samarbetet och genomförandet. Det primära ansvaret för främjandet av hälsa och välfärd ligger hos kommunledningen. För den operativa ledningen över förvaltningsgränserna samt för beredningen och genomförande av ärenden rekommenderas att kommunerna utser en välfärdsarbetsgrupp som består av ledande personer från olika ansvarsområden och vars ordförande är ledamot i kommunens ledningsgrupp. För beredning och genomförande av substansfrågor finns substansarbetsgrupper som lyder under välfärdsarbetsgruppen eller så bereds ärendena inom det ansvarsområde som i huvudsak ansvarar för dessa ärenden. En elektronisk välfärdsberättelse har utarbetats som kommunledningens verktyg för planering, ledning och uppföljning av samt rapportering om verksamheten och ekonomin. Den elektroniska välfärdsberättelsen fungerar som ett redskap för ledning och styrning i kommunen, senare också såsom ett redskap för nationell styrning.

Den nationella styrningen av arbetet för att främja hälsa och välfärd har utöver lagstiftning fokuserat på informationsstyrning, till vilken utöver programstyrning också räknas det utvecklande av praxis, verksamhetsmodeller och förfaranden, den utbildning och den spridning av forskningsrön genom informationsmedel som utförs i samarbete med kommunerna. Under de senaste åren har det funnits rikligt med nationella sektorsövergripande samarbetsprogram för främjande av hälsa och välfärd som social- och hälsovårdsministeriet ansvarar för, t.ex. folkhälsoprogrammet Hälsa 2015 (2001–2015), politikprogrammet för hälsofrämjande (2008–2011), nationella handlingsprogrammet för minskning av hälsoskillnader (2008–2011) samt nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården (2008–2011, 2012–2015), där ett av de genomgående målen är

främjande av hälsa och välfärd. Utöver dessa har nationella styrningsinstrument omfattat kvalitetsrekommendationer, principbeslut av statsrådet, handböcker samt tematiska program, t.ex. kvalitetsrekommendationer för hälsofrämjande, principbeslut och rekommendationer om kost och motion, Programmet för prevention och bättre vård av diabetes, Alkoholprogrammet, Främjande av rökfrihet bland barn och unga, Planen för mentaltvårds- och missbruksarbete, Målprogrammet för förebyggande av olycksfall i hemmen och på fritiden och Nationella programmet för minskande av våld (Folkhälsoprogrammet Hälsa 2015. Mellanliggande utvärdering. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2012:4). Programstyrningen har kritiserats på grund av det stora antalet program och för att programmen förblivit okända i kommunerna. Programmets mål har dock ingått tämligen väl i de planer som utarbetats av kommunerna.

För främjandet av hälsa och välfärd har Institutet för hälsa och välfärd utvecklat grundläggande information, praxis, förfaranden och verktyg tillsammans med kommunerna och regionerna. Institutet för hälsa och välfärd följer upp resultaten från arbetet med att främja hälsa och välfärd i kommunerna genom sektorspecifika enkäter till kommunerna som mäter aktiviteten inom hälsofrämjande. Dessutom följer och styr regionförvaltningsverket och på riksomfattande nivå Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården samt inom miljö- och hälsoskyddet också Livsmedelssäkerhetsverket och Säkerhets- och kemikalieverket kommunernas verksamhet för främjande av hälsa och välfärd.

Arbetsgruppen för en reform av socialvårdslagstiftningen har utrett reformbehovet i fråga om helhetsstrukturen, tillämpningsområdet och innehållet i socialvårdslagstiftningen (Arbetsgruppens slutrapport: Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2012:21). Målet är att förnya socialvårdslagstiftningen så att socialvården allt bättre stöder och stärker människors välfärd och förverkligandet av människors grundläggande fri- och rättigheter och förhindrar uppkomsten och ökningen av sociala problem.

## 2.4 Hälso- och sjukvård

Bestämmelser om det kommunala service-systemet för hälso- och sjukvården och om ansvaret för ordnandet av hälso- och sjukvården ingår i folkhälsolagen och i lagen om specialiserad sjukvård. Ansvaret för ordnandet av hälso- och sjukvården innehas av kommunerna. I hälso- och sjukvårdslagen och i andra speciallagar ingår bestämmelser om innehållet i hälso- och sjukvårdstjänsterna.

### Primärvård

Enligt folkhälsolagen ska en kommun ordna folkhälsoarbetet, vilket också kan kallas för primärvården. Verktälligheten av folkhälsoarbetet sköts av ett eller flera kollegiala organ som utses av kommunen.

Kommunerna kan ordna primärvård tillsammans genom att inrätta en samkommun. Om folkhälsoarbetet sköts av en samkommun, ska denna gemensamt för medlemskommunerna tillsätta ett motsvarande kollegialt organ som sköter verktälligheten av folkhälsoarbetet.

En kommun kan också komma överens med en annan kommun om att den kommunen sköter en del av primärvårdens funktioner.

I 2 a kap. i folkhälsolagen och i 2 a kap. i socialvårdslagen ingår bestämmelser om ett hemvårdsförsök som pågår till utgången av 2014. Bestämmelserna gör det möjligt för de kommuner som deltar i försöket att kombinera den hemservice som avses i socialvårdslagen och den hemsjukvård som avses i hälso- och sjukvårdslagen till en servicehelhet för hemvård, samt en smidig användning av social- och hälsovårdens klient- och patientuppgifter i enheten för hemvård.

För de i 13–22 och 24–29 § i hälso- och sjukvårdslagen avsedda funktionerna ska en kommun ha en hälsovårdscentral. Centralens funktioner kan vid behov förläggas till motagningsfilialer eller ordnas med hjälp av rörliga verksamhetsenheter. En kommun kan ge en hälsovårdscentral i uppgift att sköta också andra uppgifter som hör till folkhälsoarbetet. Ansvaret för en hälsovårdscentral

verksamhet ligger hos verksamhetsenhetens ansvariga läkare. År 2012 fanns det sammanlagt 154 hälsovårdscentraler, av vilka 91 var hälsovårdscentraler som drevs av kommuner, 33 av samkommuner och 30 av en ansvarig kommun. Det finns 77 hälsovårdscentraler med färre än 20 000 invånare och likaså 77 hälsovårdscentraler med fler än 20 000 invånare.

Den specialiserade sjukvården och sjukvårdsdistriktet

Det hör till kommunernas ansvar att se till att invånarna får den specialiserade sjukvård som behövs. Den specialiserade sjukvården är en uppgift som hör till kommunerna, men för att fullgöra denna uppgift måste kommunerna höra till en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt. För ordnandet av den specialiserade sjukvården är landet uppdelat i 20 sjukvårdsdistrikt. På Åland hör ordnandet av social- och hälsovården till landskapets lagstiftningsbehörighet. Utifrån denna behörighet ansvarar Ålands landskaps myndighet för hälso- och sjukvård (Ålands hälso- och sjukvård), som lyder under Ålands landskapsregering, för ordnandet av såväl den specialiserade sjukvården som av primärvården. En kommun får själv besluta till vilket sjukhusdistrikt det vill höra.

I lagen om specialiserad sjukvård ingår bestämmelser om representanter för medlemskommuner i en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt och om antalet röster i samkommunens förbundsfullmäktige. Röstetalet kan vara högst en femtedel av det sammanlagda obegränsade röstetalet för samtliga medlemmar som valts från medlemskommunerna. I fråga om ett sjukvårdsdistrikt med universitetssjukhus ingår dessutom bestämmelser om universitetets rätt att utse en representant till förbundsfullmäktige och förbundsstyrelsen. På förvaltningen och beslutsfattandet i en samkommun tillämpas i övrigt bestämmelserna i kommunallagen.

Samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt ansvarar inom sitt område för ordnandet av den specialiserade sjukvården på enhetliga medicinska och odontologiska grunder. Inom ett sjukvårdsdistrikt har chefläkaren eller någon

annan av samkommunens läkare till uppgift att leda och övervaka samt besluta om vården. Sjukvårdsdistriktet har ansvar för ordnande av vård för patienter som har skickats till specialiserad sjukvård och patienter som behöver akut specialiserad vård, men till övriga delar har kommunen fortsatt ansvar.

När sjukvårdsdistrikten ansvarar för att specialiserad sjukvård ordnas ska tjänsterna ordnas utifrån samma principer för invånarna i sjukvårdsdistriktets samtliga medlemskommuner. Vid fullgörandet av de grundläggande fri- och rättigheterna anses regional likvärdighet vara särskilt viktigt. Bestämmelsen om jämlikhet i 6 § i grundlagen begränsar skillnaderna i kommunernas serviceurval samt i hur de ordnas. Jämlikhetsprincipen förutsätter att den instans som ansvarar för verksamheten organiserar funktionerna så, att alla människor som omfattas av aktörens ansvarsområde ska ha möjlighet att få service på enhetliga grunder.

Varje sjukhusdistrikt har ett centralsjukhus. Av dessa är fem universitetssjukhus som ger högspecialiserad sjukvård (Helsingfors, Åbo, Tammerfors, Uleåborg och Kuopio). Sjukhusdistriktet ordnar och producerar specialiserade sjukvårdstjänster för befolkningen inom sitt område. Sjukvårdsdistriktens sjukhus har i första hand använts för att bereda invånarna i samkommunens medlemskommuner sjukvård. Undantag utgörs av den högspecialiserade sjukvården och eventuella andra avtalsbaserade arrangemang. Den möjlighet som patienter har enligt hälso- och sjukvårdslagen att välja sin vårdenhet bland de sjukhus som finns inom ett specialupptagningsområde och den riksomfattande valfrihet som träder i kraft vid ingången av 2014 ändrar situationen.

Genom hälso- och sjukvårdslagen har en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt ålagts skyldigheten att inom sitt område ansvara för samordningen av tjänsterna inom den specialiserade sjukvården i enlighet med befolkningens och primärvårdens behov. Samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt ska i samarbete med kommunen som ansvarar för primärvården planera och utveckla den specialiserade sjukvården så att primärvården och den specialiserade sjukvården bildar en

funktionell helhet. Ett sjukvårdsdistrikt ska inrätta en primärvårdsenhet som tillhandahåller sakkunskap och samordnar inom sitt område forskningen, utvecklingsarbetet, utformningen av vård- och rehabiliteringskedjorna och fortbildningen inom primärvården och sörjer för kartläggningen av personalbehovet.

Kommunerna inom samma samkommun för ett sjukvårdsdistrikt ska göra upp en plan för ordnande av hälso- och sjukvård utifrån uppföljningsuppgifter om invånarnas hälsa och invånarnas servicebehov. Kommunerna ska förhandla om planen med samkommunen. I planen ska det överenskommas om samarbetet mellan kommunerna, om målen för verksamheten för främjande av hälsa och välfärd och vem som svarar för verksamheten, om ordnandet av hälso- och sjukvårdstjänster, om tjänster som gäller jour, bildiagnostik och medicinsk rehabilitering och om det samarbete som behövs mellan aktörerna inom primärvården, den specialiserade sjukvården, socialvården, barndagvården, läkemedelsförsörjningen och andra områden.

### Specialupptagningsområden

För ordnandet av högspecialiserad sjukvård är landet indelat i fem specialupptagningsområden. Till varje specialupptagningsområde ska höra ett sjukvårdsdistrikt med ett universitet som ger läkarutbildning. Genom statsrådets förordning om specialupptagningsområden inom den högspecialiserade sjukvården (812/2012) har införts bestämmelser om vilka specialupptagningsområdena är och vilka sjukvårdsdistrikt som hör till vilket specialupptagningsområde. Enligt den nuvarande lagstiftningen är ett specialupptagningsområde inte en juridisk person, utan dess förvaltning stöder sig på förvaltningen av en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt med universitetssjukhus.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde tillsammans ordna specialiserad sjukvård inom sitt område. En samkommun för ett sjukvårdsdistrikt som har ett universitetssjukhus ska ordna högspecialiserad sjukvård inom sitt specialupptagningsområde.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde tillsammans sörja för den styrning och rådgivning som de kommuner och sjukvårdsdistrikt som hör till samma specialupptagningsområde behöver när det gäller att tillhandahålla specialiserad sjukvård och fortbildning för hälso- och sjukvårdspersonalen och att organisera den vetenskapliga forskningen och utvecklingen. Sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde ska tillsammans planera och samordna tjänsteproduktionen, informationssystemlösningarna, den medicinska rehabiliteringen och anskaffningarna inom den specialiserade sjukvården inom sitt område. Dessutom ska sjukvårdsdistrikten tillsammans med utbildningsmyndigheterna och arbetsförvaltningen samordna hälso- och sjukvårdspersonalens grundläggande utbildning, fortsatta utbildning och fortbildning samt tillsammans med landskapsförbunden samordna efterfrågan på arbetskraft och utbildningsutbudet. I praktiken sker detta genom ett avtal om ordnande av specialiserad sjukvård.

Dessutom ska sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde komma överens om hur uppgifterna vid centraler för prehospital akutsjukvård ska organiseras.

I 61–62 § i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs om statlig finansiering. För den hälsovetenskapliga forskningen på universitetsnivå beviljas statlig finansiering till specialupptagningsområdenas forskningskommittéer, som beslutar hur forskningsmedlen ska fördelas på olika forskningsprojekt inom sitt område. Social- och hälsovårdsministeriet betalar årligen ersättning av statens medel till universitetssjukhusen för läkar- och tandläkarutbildningen.

## 2.5 Socialvård

I 5 § i socialvårdslagen föreskrivs om ansvaret för ordnande av socialvård. Enligt bestämmelsen ska en kommun ombesörja planeringen och verkställandet av socialvården i enlighet med vad som föreskrivs i denna lag eller annars.

På grundval av sitt ansvar att ordna socialvård ska kommunen sörja för behoven hos

sina invånare. En kommun ansvarar för att kommuninvånarna får de lagstadgade socialvårdstjänsterna och att det till socialvårdens uppgifter reserveras tillräckliga medel i kommunens budget. I fråga om den socialservice som ordnas för invånarna ingår i kommunernas ansvar att ordna socialvård beslutanderätt om kvantitet, kvalitet och produktionsätt. Kommunernas yttersta ansvar för ordnande av socialvård för kommuninvånarna illustreras också av att en kommuninvånare har möjlighet att rikta sitt rättsskyddsanspråk, såsom sin ansökan att anhängiggöra ett förvaltningstvistemål, sitt yrkande på skadestånd och sin förvaltningsklagan, mot den kommun där han eller hon är bosatt med anledning av brister i tillgången till tjänster eller deras kvalitet.

Enligt 13 § i socialvårdslagen ska kommunen såsom till socialvården hörande uppgifter av det innehåll och den omfattning som i varje särskilt fall föreskrivs sörja för att

1) socialservice anordnas för kommunens invånare,

2) utkomststöd ges personer som vistas i kommunen,

3) sociala understöd betalas till kommunens invånare,

4) handledning och rådgivning anordnas beträffande förmånerna inom socialvården och det övriga socialskyddet och utnyttjandet av dessa,

5) information tillhandahålls beträffande socialvården och det övriga socialskyddet,

6) utbildnings-, forsknings-, försöks- och utvecklingsverksamhet rörande socialvård och annat socialskydd anordnas, samt att

7) invånarna beviljas sociala krediter.

Dessutom är en kommun skyldig att även i övrigt inom sitt område verka för utvecklande av de sociala förhållandena och avhjälpan av sociala missförhållanden.

Enligt 17 § i socialvårdslagen ska kommunen sköta ordnandet av följande former av socialservice:

1) socialarbete,

2) rådgivning i uppfostrings- och familje-frågor,

3) hemservice,

4) boendeservice,

5) anstaltsvård,

- 6) familjevård,
- 7) verksamhet i sysselsättningssyfte för handikappade och arbetsverksamhet för handikappade,
- 8) åtgärder för att fastställa underhållsbidrag.

Kommunen ska även enligt 17 § 2 mom. i socialvårdslagen sörja för ordnande av barn- och ungdomsvård, specialomsorger om utvecklingsstörda, service och stöd på grund av handikapp och service i anslutning till missbrukarvård, ordnande av de uppgifter som föreskrivits för barnatillsyningsmannen och andra åtgärder för utredande och fastställande av faderskap, ordnande av åtgärder i samband med adoptionsrådgivning, medling i familjefrågor och medling vid verkställighet av beslut beträffande vårdnad om barn och umgängesrätt och ordnande av stöd för närståendevård och annan socialservice samt för de uppgifter som avses i lagen om arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte (189/2001), enligt vad som dessutom bestäms särskilt om dessa serviceformer.

Utöver de socialvårdstjänster som avses i 17 § 1 och 2 mom. i socialvårdslagen kan en kommun dessutom ordna andra behövliga socialvårdstjänster (17 § 4 mom.).

Kommunfullmäktige ansvarar enligt 13 § i kommunallagen för kommunens verksamhet och ekonomi, beslutar om centrala mål som gäller dem samt godkänner budgeten. De uppgifter som ansluter sig till verkställigheten av socialvården sköts enligt 6 § i socialvårdslagen av ett eller flera organ som utses av kommunen. Organet ska även företräda kommunen, bevaka dess rätt och föra talan i ärenden som angår individuell verkställighet av socialvården samt i dessa ärenden på kommunens vägnar ingå avtal och andra rättshandlingar. Organets lagstadgade beslutanderätt och rätt att föra talan kan i en instruktion delegeras till tjänsteinnehavare som är underställda organet, fränsett beslut om vård oberoende av egen vilja (12 § i socialvårdslagen).

Organen kan utöver social- och hälsovårdsuppgifter även ges andra uppgifter. Om en kommun ordnar folkhälsoarbetets tjänster själv, kan för social- och hälsovården ansvara en sammanslagen nämnd (social- och hälso-

vårdsnämnd, grundtrygghetsnämnd) eller uppgifterna kan höra till två separata nämnder. En kommun kan också dela ansvaret för social- och hälsovårdens uppgifter mellan flera organ i kommunen. T.ex. i Tammerfors stads beställar-producentmodell ansvarar tre beställarnämnder för social- och hälsovårdens uppgifter enligt livscykelmodellen.

Ansvaret för ordnande av specialomsorger för utvecklingsstörda

Ordnandet av specialomsorger för utvecklingsstörda avviker i någon mån från den övriga skyldigheten hos kommunen att ordna lagstadgad socialvård. Såsom allmän lag för socialvården ålägger socialvårdslagen kommunerna också skyldigheten att sörja för ordnandet av specialomsorger om utvecklingsstörda (5 § 1 mom. och 17 § 2 mom. i socialvårdslagen). Närmare bestämmelser om ordnandet av specialomsorger ingår i den relevanta speciallagen, dvs. i lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda (519/1977).

Enligt 6 § i lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda indelas landet för ordnandet av specialomsorger i specialomsorgsdistrikt, vilkas områden bestäms av statsrådet. Kommuner som hör till ett specialomsorgsdistrikt är medlemmar i en samkommun för ett specialomsorgsdistrikt som ska ordna de specialomsorger som kommunerna är skyldiga att ordna, om inte något annat följer av bestämmelserna i lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda. Om befolkningsunderlaget i en kommun eller andra särskilda skäl det kräver, kan en kommun bilda ett specialomsorgsdistrikt ensam. I fråga om kommunen gäller då i tillämpliga delar vad som föreskrivs om samkommuner för ett specialomsorgsdistrikt. Kommunerna är indelade i specialomsorgsdistrikt genom statsrådets förordning om specialomsorgsdistrikt (1045/2008). Kommuner som ingår i specialomsorgsdistrikt är medlemmar i samkommuner för specialomsorgsdistrikt med undantag för Helsingfors stad, som enligt ett beslut av statsrådet ensam bildar Helsingfors specialomsorgsdistrikt.

Tvåspråkiga och svenskspråkiga kommuner är dessutom medlemmar i ett kommunalförbund för specialomsorger, som har till uppgift att oberoende av distriktsindelningen bereda specialomsorger för den svenskspråkiga befolkningen i sina medlemskommuner (6 § 5 mom. i lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda). De svenskspråkiga specialomsorgstjänsterna sköts inom Fastlandsfinland av Kårkulla samkommun, i vilken alla tvåspråkiga och svenskspråkiga kommuner är medlemmar.

Om det på grund av specialomsorgernas krävande natur, särskilda för dem erforderliga förutsättningar eller andra motsvarande orsaker är ändamålsenligt att ordna specialomsorgerna för en större folkmängd än den som finns i ett enda specialomsorgsdistrikt, kan statsrådet enligt 6 § 4 mom. i lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda, oberoende av distriktsindelningen, förordna att specialomsorgerna helt eller delvis ska ordnas av ett eller flera kommunalförbund. Statsrådet har inte meddelat beslut om att ordnandet av specialomsorgerna ska centraliseras till vissa specialomsorgsdistrikt, men mellan de olika specialomsorgsdistrikten har det skett specialisering i fråga om olika delområden inom specialomsorgerna, såsom i fråga om specialomsorger om utvecklingsstörda som behöver psykiatrisk vård, autistiska personer, personer som begått brott eller minderåriga utvecklingsstörda med ett utmanande beteende.

Lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda möjliggör också sammanslagning av ett specialomsorgsdistrikt och ett sjukvårdsdistrikt. En samkommun för ett specialomsorgsdistrikt kan med en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt, vars verksamhetsområde omfattar hela specialomsorgsdistriktets område, komma överens om att den förstnämnda samkommunens tillgångar och skulder ska överföras på den sistnämnda. För närvarande har fyra specialomsorgsdistrikt (Södra Karelens, Kajanalands, Mellersta Österbottens och Norra Karelens) slagits samman med sjukvårdsdistrikten.

I fråga om specialomsorgerna är kommunerna alltså medlemmar i s.k. tvångskommunförbund, vilka har till uppgift att ordna

de specialomsorger som enligt lag hör till kommunernas skyldigheter. Trots detta kan också en kommun enligt 14 § i lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda ordna specialomsorger. En kommun kan således ordna specialomsorgerna delvis eller helt själv, men den måste i varje fall höra till ett kommunförbund för specialomsorger i enlighet med lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda. Kommunernas specialomsorgsmyndighet är socialnämnden med vilken kommunförbundet för ett specialomsorgsdistrikt ska samverka även när ordnandet av specialomsorgerna på lokal nivå har getts i uppgift till ett kommunförbund.

Initiativ angående erhållande av specialomsorger ska göras hos kommunalförbundet för specialomsorgsdistriktet eller hos socialnämnden i vederbörande persons hemkommun (31 § 1 mom. i lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda). I praktiken anlitar klienterna specialomsorgstjänsterna i ett specialomsorgsdistrikt vanligen på initiativ av en närstående eller handledda av kommunens social- eller hälsovårdsmyndighet.

I fråga om fördelningen av ordnandet och produktionen av specialomsorgstjänster mellan kommunen och specialomsorgsdistriktet finns det i praktiken i viss mån skillnader mellan samkommunerna. En del av specialomsorgsdistrikten är mer utpräglat endast producenter av specialomsorgstjänster, så att specialomsorgsdistriktets tjänster endast tillhandahålls på basis av en kommuns betalningsförbindelse eller så anlitar klienterna tjänsterna via kommunens socialarbetare. En del av specialomsorgsdistrikten har utöver ansvaret för produktionen av tjänster i viss mån också ansvaret för ordnandet av tjänsterna. Ett specialomsorgsdistrikt kan ansvara för skötseln av kommunens alla specialomsorgstjänster, varvid specialomsorgsdistriktet också bedömer klientens behov av vård och svarar för det individuella beslutsfattandet. I sådana fall ansvarar kommunen närmast för finansieringen av tjänsterna. En del av specialomsorgsdistrikten ansvarar också för ordnandet av specialomsorgernas sakkunnig-

tjänster och för ordnande av brådskande vård.

I enlighet med 6 § i lagen om en kommun- och servicestrukturreform ska specialomsorgstjänster till vissa delar ordnas i samband med sjukvårdsdistrikten.

## 2.6 Kommun- och servicestrukturen

### Kommustrukturen

Enligt 121 § i grundlagen är Finland indelat i kommuner, vilkas förvaltning ska grundas på självstyrelse för kommunens invånare. Enligt 122 § i grundlagen ska bestämmelser om grunderna för kommunindelning utfärdas genom lag. Bestämmelser om grunderna för ändringar i kommunindelningen och om förfarandena ingår i kommunstrukturlagen (1698/2009).

Enligt 1 § i kommunstrukturlagen är Finland indelat i kommuner för invånarnas självstyrelse, ordnandet av servicen och för den allmänna förvaltningen. Enligt 2 § är målet när kommunindelningen utvecklas en

kommunstruktur som är livskraftig och regionalt enhetlig och som har en fungerande samhällsstruktur, och som stärker förutsättningarna för kommuninvånarnas självstyrelse. Målet är också att en kommun ska bestå av en pendlingsregion eller någon annan sådan funktionell helhet som har ekonomiska förutsättningar och på personella resurser grundade förutsättningar att svara för ordnandet och finansieringen av servicen för kommuninvånarna och för en tillräcklig egen serviceproduktion.

För närvarande finns det 320 kommuner i Finland. Antalet kommuner har minskat med närmare en tredjedel på 2000-talet. Trots att de sammanslagningar som genomförts på 2000-talet har minskat i synnerhet de allra minsta kommunernas antal, domineras kommunstrukturen fortfarande av små kommuner: endast ca 100 kommuner i Finland har fler än 10 000 invånare. Antalet kommuner med färre än 2 000 invånare har nästan halverats, men år 2013 fanns det ännu sammanlagt 31 sådana kommuner.

Kommunerna i Fastlandsfinland (med undantag för Åland)	2008*		2012*	
	Antal	Invånare	Antal	Invånare
Kommuner med färre än 2 000 invånare	63	88 481	33	48 450
Kommuner med 2 000–10 000 invånare	237	1 216 956	185	952 645
Kommuner med 10 000–20 000 invånare	46	662 382	46	663 893
Kommuner med fler än 20 000 invånare	53	3 305 512	56	3 707 925
Kommuner sammanlagt	399		320	

Storleken på och invånarantalet i kommunerna i Fastlandsfinland (\*uppgifterna om invånarantalet per 31.12.2007, \*\*uppgifterna om invånarantalet per 31.12.2011).

### Metropolområdets särdrag

De 14 kommuner som ingår i det frivilliga samarbetet i huvudstadsregionen kallas vanligen för metropolområdet (Helsingfors, Vanda, Esbo, Grankulla, Kyrkslätt, Vichtis, Kervo, Träskända, Tusby, Nurmijärvi, Hy-

vinge, Mäntsälä, Borgnäs, Sibbo). Med huvudstadsregionen avses däremot Helsingfors, Esbo, Vanda och Grankulla.

Metropolområdet avviker från övriga stadsregioner i Finland bl.a. i fråga om befolkningsunderlaget, arbetspendlingen, anlitandet av service, den offentliga ekonomin, fram-



tidsutmaningarna samt ordnandet av service, graden av internationalisering och den nationalekonomiska betydelsen. I de övriga stadsregionerna har den centrala kommunen och de kringliggande kommunerna en större storleksskillnad och det enhetliga arbetspendlingsområdet och området för anlitande av service är relativt litet i jämförelse med metropolområdet. Inom metropolområdet finns tre kommuner med fler än 200 000 invånare. I Nylands 26 kommuner bor 1,55 miljoner människor, varav ca 1,4 miljoner i en av metropolområdets 14 kommuner.

Enligt befolkningsprognoser bor 28 procent av hela landets befolkning inom metropolområdet 2040. Det har förutspåtts att befolkningen i området växer med 24,2 procent mellan åren 2010 och 2040 medan tillväxten i hela landet är ca 12 procent. Av invånarna i metropolområdet har ca 10 procent främmande språk som modersmål och antalet invånare med främmande språk som modersmål förutspås växa till 18 procent till och med 2030. Inom området bor 28 procent (ca 81 000 personer) av hela landets svenskspråkiga befolkning. Av metropolområdets invånare är andelen svenskspråkiga ca 6 procent.

Inom metropolområdet, i synnerhet inom huvudstadsregionen, är de sociala problemen mer tillspetsade än annanstans i landet. Behovet av service ökar, vilket också i fråga om planering och tillhandahållande av offentlig service kräver samarbete över kommungränserna. Skillnaderna i utbildning och inkomster är större jämfört med resten av landet och trots att arbetslöshetsgraden inom regionen är lägre än i resten av landet är antalet långtidsarbetslösa högre än i resten av landet. Inom metropolområdet har en större andel unga fallit utanför utbildningen än i resten av landet. Till utmaningarna hör utslagning, bostadslöshet, omfattningen och ökningen av invandrarbefolkningen, höga utgifter för utkomststöd samt sjukdomar som typiskt koncentreras till metropolområden (HIV/AIDS, följderna av användning av hård narkotika). Inom metropolområdet finns det också fler ensamförsörjare, fler personer med missbrukarproblem eller mentala problem samt fler barn inom barnskyddet. Under 2000-talet har bostadsområdenas etniska

differentiering ökat inom huvudstadsregionen.

Metropolområdet är ett enhetligt område funktionellt sett. Arbetspendlingen och andra resor vid anlitande av service avviker på ett betydande sätt från övriga stadsregioner i Finland. Invånarna i metropolområdet pendlar till arbetet och anlitar service i olika riktningar över kommungränserna. Också den ökande valfriheten i fråga om kommunala tjänster skapar tryck att bygga upp nya slag av serviceenheter. Korta avstånd, ett tätt trafiknät och en välfungerande kollektivtrafik möjliggör anlitande av service över kommungränser och gör social- och hälsovårdstjänsterna lättillgängliga. Korta avstånd möjliggör att även mer specialiserade tjänster finns lättillgängliga för befolkningen oberoende av var inom metropolområdet eller hela landskapet man bor.

Kommunerna inom metropolområdet har som utmaning att svara på tillväxten och de investeringar som den kräver. Trycket mot servicen och finansieringen riktar sig ofta mot tillhandahållandet av ny basservice till den inflyttande befolkningen. I ekonomiskt hänseende är kommunerna starka jämfört med andra finska kommuner. Metropolområdets särart i jämförelse med övriga stadsregioner grundar sig framför allt på områdets stora betydelse för landets nationalekonomi. De 12 största stadsregionernas andel av bruttonationalprodukten är cirka två tredjedelar. Helsingfors stadsregions andel är överlägset störst i jämförelse med andra stadsregioner: över en tredjedel, dvs. ca 35 procent av bruttonationalprodukten. Den ekonomiska betydelsen av Helsingfors stadsregion illustreras också av att 30 procent av hela landets arbetsplatser finns i staden.

I Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt (HNS) har man genomfört en omfattande omorganisering av den specialiserade sjukvården, genom vilken man har uppnått effektivitet och en hög kvalitet. De kliniska stödtjänsterna och de specialiseringsområden som representerar dem har sammanförts till tre affärsverk som täcker hela HNS-regionen. Av vårdens stödtjänster har bildats fyra affärsverk. Arbetsfördelningen mellan sjukhusen i synnerhet inom huvudstadsregionen har

omorganiserats så att de till Helsingforsområdets universitetscentralsjukhus (HUCS) hörande Jorv och Pejas sjukhus samt sjukhusen i Helsingfors fokuserar på sina respektive egna särskilda uppgifter. Omorganiseringen av funktionerna har betydligt minskat kostnaderna för specialiserad sjukvård hos kommunerna inom HNS-området, vilket innebär en sammanlagd inbesparing för medlemskommunerna på över 300 miljoner euro per år.

De övriga sjukhusen inom HNS-området verkar i nära samarbete med hälsovårdscentralerna i sina egna områden och fokuserar på specialiserad sjukvård i fråga om sådana folksjukdomar som det är motiverat att producera vid mindre sjukhus på ett decentraliserat sätt nära patienternas bostadsort. De korta avstånden mellan de regionala sjukhusen och HUCS har möjliggjort att tjänster i fråga om flera medicinska verksamhetsområden endast produceras vid HUCS. Användningen av specialiserad sjukvård inom HNS-kommuner utanför huvudstadsregionen fördelas mellan HUCS och de egna regionernas sjukhus mätt i euro så att HUCS andel varierar från kommun till kommun mellan 50 och 30 procent. Huvudstadsregionens kommuner använder HUCS till över 95 procent, men vissa tjänster produceras också vid andra sjukhus för invånarna i huvudstadsregionen.

För specialomsorger om utvecklingsstörda finns samkommunen Eteva, i vilken kommunerna i Nyland med undantag för Helsingfors ingår. Helsingfors stad ordnar specialomsorgstjänsterna som egen verksamhet. I enlighet med vad som överenskommits med kommunerna producerar Eteva i synnerhet de mer krävande specialomsorgstjänsterna och annan handikappservice. Dessutom har vissa privata stiftelser och en del av handikapporganisationerna betydande serviceproduktion. I fråga om den svenskspråkiga befolkningen ansvarar Kärkulla samkommun för specialomsorgerna och -vården för utvecklingsstörda.

Metropolområdets särdrag har beaktats i kommunstrukturlagen, där det ingår en specialbestämmelse om metropolområdets kommunindelningsutredningar. Inom metropolområdet har man alltså ansett det vara

behövligt att avvika från de utredningsgrunder som gäller för det övriga landet i fråga om arbetspendling, samhällsstruktur och självförsörjningsgrad i fråga om arbetsplatser, bl.a. eftersom man bedömt att den utredningsgrund som tillämpas på annat håll i landet i synnerhet i fråga om samhällsstrukturen inom metropolområdet skulle leda till uppkomsten av funktionellt sett alltför stora kommunindelningsutredningsområden.

I enlighet med de riktlinjer som dragits upp i regeringens strukturpolitiska program har finansministeriet inlett beredningen för inrättandet av en metropolförvaltning för regionen.

### Kommunreformen

Enligt statsminister Jyrki Katainens regerings program genomför regeringen en kommunreform som omfattar hela landet. Reformen syftar till en livskraftig kommunstruktur som grundar sig på starka primärkommuner. En stark primärkommun bildas av en naturlig pendlingsregion och är tillräckligt stor för att självständigt kunna ansvara för basservicen med undantag av den specialiserade sjukvården och krävande socialvårdstjänster. En stark primärkommun förmår driva en framgångsrik näringspolitik och ett framgångsrikt utvecklingsarbete och kan effektivt svara på samhällsstrukturens decentraliseringsutveckling. Kommunreformens viktigaste mål är att trygga de offentliga tjänsterna också i framtiden överallt i Finland.

För genomförandet av kommunreformen ändrades kommunindelningslagen (1698/2009) genom en lag om ändring av kommunindelningslagen (479/2013) som trädde i kraft vid ingången av juli 2013. Kommunindelningslagens namn ändrades till kommunstrukturlagen för att bättre illustrera dess innehåll. I lagen infördes bestämmelser om målen för kommunstrukturreformen i samband med dess genomförande, om kommunernas utredningsskyldighet, om utredningsgrunderna och om avvikelser från dem samt om ekonomiskt stöd för kommunsammanslagningar.

Syftet med kommunstrukturreformen är i synnerhet att stärka kommunernas förutsättningar att ordna service likvärdigt, att harmonisera samhällsstrukturen samt att stärka den kommunala självstyrelsen. Syftet är dessutom att stärka kommunernas förmåga att i huvudsak själva svara för serviceproduktionen samt deras förmåga att utnyttja marknaden.

Ett centralt innehåll i kommunstrukturlagen är den utredningsskyldighet som ålagts kommunerna. En kommun ska tillsammans med andra kommuner utreda bildandet av en ny kommun som uppfyller förutsättningarna för en ändring i kommunindelningen, om ens en av de utredningsgrunder som föreskrivs i lagen påvisar ett behov av en utredning. Utredningskriterierna är servicekriteriet, kriteriet för självförsörjningsgrad i fråga om arbetsplatser, pendlingskriteriet och samhällsstrukturkriteriet samt det ekonomiska kriteriet. Inom metropolområdet ska ett eget metropolkriterium tillämpas i stället för kriteriet för självförsörjningsgrad i fråga om arbetsplatser, pendlingskriteriet och samhällsstrukturkriteriet.

Fastän en kommun inte uppfyller något av de ovan nämnda kriterierna, ska den delta i en sammanslagningsutredning, om en funktionell helhet som uppfyller utredningskriterierna inte kan uppnås på något annat sätt. Om en kommun som skulle bilda en funktionell helhet med en angränsande kommun håller på att bli utanför sammanslagningsutredningarna, ska dessa kommuner gemensamt utreda en sammanslagning av kommunerna eller den förstnämnda kommunen tas med i den utredning som den senare kommunen deltar i. Syftet med bestämmelsen är att förhindra att kommuner som andra kommuner inte vill ha med, t.ex. på grund av kommunens svaga ekonomiska situation, blir utanför utredningarna.

#### *Innehållet i utredningen och dess tidsfrister*

Målet för sammanslagningsutredningen är en framställning om sammanslagning av kommuner och ett anknytande sammanslagningsavtal. I princip ska en sammanslagningsutredning således omfatta de frågor som

ska ingå i ett avtal om sammanslagning. Trots att kommunerna inte skulle komma fram till att föreslå en sammanslagning, ska utredningen alltid inbegripa åtminstone en plan för hur förvaltningen och servicen ska ordnas samt servicen produceras på utredningsområdet, en utredning om sammanslagningens konsekvenser för kommunernas samarbete, en redogörelse över den ekonomiska situationen, en bedömning av hur invånarnas möjligheter att delta och påverka samt närdemokrati ska förverkligas samt en detaljerad bedömning av fördelarna och nackdelarna med en kommunsammanslagning. I en utredning som gäller en tvåspråkig kommun och en kommun inom samernas hembygdsområde ska det bedömas hur de språkliga rättigheterna tillgodoses.

Utredningen ska beredas i tillräckligt omfattande utsträckning med medverkan av kommunernas förtroendepersoner och kommuninvånarna samt i samarbete med representanter för kommunens personal.

Enligt kommunstrukturlagen ska varje kommun senast den 30 november 2013 anmäla till ministeriet med vilken eller vilka kommuner den utreder en kommunsammanslagning. Tidsfristen för utredningarna och sammanslagningsframställningarna utgår sex månader efter att lagen om sättande i kraft av bestämmelsen med tidsfristen har trätt i kraft. I riksdagsbehandlingen kopplades bestämmelsen med tidsfristen för utredningarna ihop med godkännandet av denna lag om ordnandet av social- och hälsovården i riksdagen. Dessutom kan finansministeriet på ansökan av en kommun förlänga den ovan nämnda tidsfristen på grundval av att sammanslagningsutredningen är omfattande eller på något annat sätt särskilt krävande.

Finansministeriet beviljar på ansökan bidrag för de kostnader som föranleds kommunerna av sammanslagningsutredningen.

#### *Genomförande av kommunsammanslagningar*

Enligt kommunstrukturlagen är huvudregeln att beslutsfattandet om kommunsammanslagningar grundar sig på kommunernas gemensamma framställning. Statsrådet kan

förkasta kommunernas framställning, om ändringen i kommunindelningen uppenbarligen skulle strida mot förutsättningarna för en ändring i kommunindelningen.

Enligt en ändring i kommunstrukturlagen som trädde i kraft den 1 juli 2013 kan statsrådet dock besluta om sammanslagning av kommuner trots fullmäktiges motstånd i två situationer. Statsrådet kan på framställning av kommunindelningsutredaren besluta om en ändring i kommunindelningen för det första om ändringen är nödvändig för att trygga den lagstadgade servicen för invånarna i en kommun som befinner sig i en speciellt svår ekonomisk ställning. Dessutom kan med stöd av kommunstrukturlagen beslut om en sammanslagning av kommuner fattas trots fullmäktiges motstånd, om kommunindelningsutredarens förslag om en sammanslagning av kommunerna har fått majoritetens understöd i en folkomröstning som ordnats i en kommun som motsätter sig sammanslagningen.

### *Personalens ställning*

I kommunstrukturlagen ingår fortfarande också det uppsägningsskydd som gällde i kommun- och servicestrukturen. I fråga om de ändringar i kommunindelningen som träder i kraft under perioden 2014–2017 har personalen ett uppsägningsskydd på fem år.

### *Strukturpolitiskt program*

Statsminister Jyrki Katainens regering drog i det strukturpolitiska programmet den 29 augusti 2013 upp riktlinjer om fortsatta åtgärder för genomförandet av kommunreformen i stadsregioner och inom metropolområden.

Enligt programmet "för att trygga samhällsstrukturens enhetlighet, utvecklandet av regionens livskraft och ett effektivt ordnande av service i stadsregioner som är viktiga med tanke på den regionala utvecklingen, bereds en komplettering till kommunstrukturlagen. Genom den ökas i enlighet med de randvill-

kor som grundlagen uppställer den behörighet som statsrådet har gällande sammanslagningar av kommuner inom enhetliga pendlingsområden eller samhällsstrukturområden enligt 4 d § 3 mom. i kommunstrukturlagen. Ökningen av statsrådets behörighet begränsas av klara randvillkor och av att den binds upp vid viljan hos majoriteten av områdets invånare. Användningen av behörigheten ska begränsas till situationer där målsättningen i kommunstrukturlagen inte kan uppnås frivilligt. Tillgodoseendet av de språkliga rättigheterna säkerställs."

## **2.7 Kommunernas förvaltning och samarbete**

Ordnande av kommuners förvaltning och ekonomi

Enligt 121 § i grundlagen ska bestämmelser om grunderna för kommunens förvaltning utfärdas genom lag. Kommunallagen är en allmän lag som gäller ordnandet av kommunernas förvaltning och ekonomi. Utgångspunkten bör vara att de grundläggande bestämmelserna om ordnandet av kommunens förvaltning och ekonomi ska ingå i kommunallagen och i speciallagarna införs särskilda bestämmelser endast om de är nödvändiga för ordnandet av förvaltningen eller ekonomin.

I kommunallagen ingår bestämmelser om kommunernas allmänna kompetens, om deras organ och om organens sammansättning och uppgifter, om samarbetsformer, om sökande av ändring, om uppgörande av budget och ekonomiplan samt om uppgörande av bokslut. En reform av kommunallagen är på gång och avsikten är att den nya kommunallagen ska träda i kraft vid ingången av 2015. Kommunernas samarbetsformer

Bestämmelser om kommunernas samarbetsformer ingår i 10 kap. i kommunallagen. Vid ordnandet av samarbetet har utgångspunkten i kommunallagen varit att kommunerna får besluta om samarbetsmodellen. Enligt 76 § kan kommunerna komma överens om

- att anförtro en annan kommun att sköta en uppgift för en eller flera kommuners räkning,
- att uppgiften ska skötas av en samkommun, eller
- att uppgiften anförtros en annan kommuns tjänsteinnehavare.

#### *Ansvarig kommun*

Att anförtro en annan kommun att sköta en uppgift kan innebära inrättande av en gemensam tjänst, skötsel av myndighetsuppgifter som köptjänst eller inrättande av ett gemensamt organ. Då inrättas ingen egen juridisk person, utan uppgiften sköts av en annan kommun. En sådan kommun kallas för en ansvarig kommun eller värdkommun.

I vardagligt bruk avses med modellen med en ansvarig kommun eller värdkommun vanligtvis ett samarbete mellan kommuner på grundval av ett avtal och ett gemensamt organ. Med ett gemensamt organ avses att i den kommun som med stöd av ett avtal sköter en uppgift på andra kommuners vägnar inrättas ett organ, till vilket de övriga avtalskommunerna väljer en del av medlemmarna. Att anförtro en annan kommun att sköta en uppgift förutsätter inte nödvändigtvis att de övriga kommunerna utser sina medlemmar i organet.

I kommunallagen ingår knapphändigt med reglering om modellen med en ansvarig kommun och om gemensamma organ. Modellen med en ansvarig kommun är i den nuvarande kommunallagen avsedd för skötsel av uppgifter som till sin ekonomiska och övriga betydelse är obetydliga. Det finns inga andra bestämmelser om det gemensamma organets sammansättning än bestämmelser om valbarhet och sökande av ändring. Ledamöter i organet kan vara personer som är valbara till motsvarande organ i de kommuner som saken gäller. (77 §). Enligt 92 § får rättelse yrkas i och kommunalbesvär anföras över beslut av kommunernas gemensamma organ av kommuner som är parter i avtalet och deras kommunmedlemmar.

Eftersom ett gemensamt organ fungerar som en del av en kommun, beslutar fullmäktige i den ansvariga kommunen om de frågor som anges i 13 § i kommunallagen, såsom

om grunderna för ordnandet av förvaltningen, godkännande av budgeten och bokslutet samt om avgifterna. Detta innebär att fullmäktige i den ansvariga kommunen i sista hand har beslutanderätten i de viktigaste frågor som gäller ordnandet av servicen. I samarbetsavtalen kommer man dock i allmänhet överens om ett avtalsstyrningsförfarande, genom vilket man strävar efter att inskränka beslutanderätten hos fullmäktige i den ansvariga kommunen bl.a. i fråga om tjänster, produktionsställen och andra kommuners betalningsandelar. Inom social- och hälsovården genomförs avtalsstyrning i synnerhet genom serviceavtal, vilka både den ansvariga kommunen och de andra kommunerna godkänner.

Modellen med en ansvarig kommun, vilken tidigare var känd som modellen med värdkommun, fick mer omfattande användning i samband med kommun- och servicestruktur-reformen. I lagen om en kommun- och servicestrukturreform förutsattes att värdkommunen ska tillsätta ett gemensamt organ enligt kommunallagen. Modellen väckte inte i det skedet någon större diskussion om något annat än om värdkommunens möjligheter att påverka, eftersom kommunerna kunde välja mellan en samkommun eller en ansvarig kommun som samarbetsmodell för social- och hälsovården, i syfte att uppnå ett befolkningsunderlag på minst ca 20 000 invånare. I praktiken har kommunerna i det samarbete som idkas enligt ramlagen tagit modellen i bruk i förhållandet 40/63 (samkommun/ansvarig kommun).

#### *Samkommun*

I den speciallagstiftning som gäller lagstadgat samarbete förutsätts att förvaltningen för den specialiserade sjukvården, specialomsorgerna om utvecklingsstörda och landshälsöförbunden ska ordnas enligt modellen med samkommun.

Jämfört med ansvariga kommuner och gemensamma organ ingår i kommunallagen betydligt mer bestämmelser om samkommuner. I lagen ingår bestämmelser om minimi-innehållet i grundavtalet, organ, valbarhet, finansiering, utträde, upplösning samt om

tillämpningen på samkommuner av bestämmelserna om kommuner i kommunlagen. Dessutom ingår i fråga om landskapsförbunden bestämmelser om sammansättning och val av organ.

En samkommun är en självständig juridisk person. En samkommun bildas genom ett avtal mellan kommunerna, vilket godkänns av fullmäktige (grundavtal). Enligt kommunallagen ska i grundavtalet överenskommas om

- 1) hur beslutsfattandet i samkommunen ordnas,
- 2) antalet ledamöter i samkommunens organ eller antalet representanter vid samkommunsstämman och grunderna för rösträtten,
- 3) uppgifterna och befogenheterna för en eventuell samkommunsstämma,
- 4) vilket av samkommunens organ som bevakar samkommunens intressen, representerar samkommunen och ingår avtal för dess räkning samt på vilket sätt beslut fattas om rätten att teckna samkommunens namn,
- 5) medlemskommunernas andelar i samkommunens tillgångar och deras ansvar för samkommunens skulder samt annat som gäller samkommunens ekonomi,
- 6) ställningen för en medlemskommun som utträder ur samkommunen och för de medlemskommuner som fortsätter verksamheten,
- 7) hur samkommunens förvaltning och ekonomi ska granskas, samt om
- 8) förfarandet vid upplösning och likvidation av samkommunen.

I grundavtalet kan också överenskommas om att kvalificerad majoritet krävs för beslutsfattandet i ärenden som bestäms i avtalet.

I lagen ingår också bestämmelser om det understöd som en ändring av ett grundavtal förutsätter. Grundavtalet kan ändras, om minst två tredjedelar av medlemskommunerna understöder en ändring och deras invånarantal är minst hälften av det sammanräknade invånarantalet i samtliga medlemskommuner. Om en kommun enligt lag är skyldig att vara medlem i en samkommun inom en viss bransch och ett visst område, kan medlemskommunen dock inte åläggas att utan sitt samtycke delta i skötseln av nya frivilliga

uppgifter och i de kostnader som dessa föranleder.

Samkommunens beslutanderätt utövas av medlemskommunerna vid en samkommunsstämma, eller också utövas beslutanderätten av det organ som väljs av medlemskommunerna och om vilket bestäms i grundavtalet. En samkommun kan ha andra organ enligt vad man kommit överens i grundavtalet. T.ex. sjukvårdsdistrikten har också en styrelse. Samkommunsstämma ska hållas minst två gånger om året. Representanterna vid samkommunsstämman väljs av medlemskommunernas kommunstyrelser eller av något annat kommunalt organ enligt fullmäktiges beslut.

Enligt 81 § i kommunallagen ska i en samkommun andra organ än det högsta organet, dvs. samkommunsstämman eller fullmäktige, ges en sammansättning som svarar mot den andel röster olika grupper som är representerade i medlemskommunernas fullmäktige fått inom samkommunens område vid kommunalvalet med iakttagande av proportionalitetsprincipen enligt kommunallagen. I fråga om landskapsförbunden ingår i 86 a § i kommunallagen en bestämmelse om iakttagande av proportionalitetsprincipen också i sammansättningen av förbundets högsta organ, dvs. fullmäktige. Röstandelarna för de grupperingar som är representerade i organet ska vid valet svara mot den andel röster som de olika grupper som är representerade i medlemskommunernas fullmäktige fått inom landskapets område vid kommunalvalet. Vidare ska ledamöterna vara fullmäktigeledamöter i medlemskommunerna och varje medlemskommun ska ha minst en representant. Det ansågs i sin tid behövligt att landskapens högsta organ skulle ha en sammansättning i proportion till valresultatet, i synnerhet på grund av dess beslutanderätt i fråga om landskapsplanen.

Valbar till samkommunens organ är den som enligt kommunallagen är valbar till ett förtroendeuppdrag inom någon av samkommunens medlemskommuner. Valbara är dock inte statstjänstemän som sköter tillsynsuppgifter som direkt berör kommunalförvaltningen eller personer som är fast anställda hos samkommunen. Valbar till något annat

organ än ett organ som avses i 81 § 1 mom. är inte heller den som är ledamot i styrelsen eller i ett därmed jämförbart organ eller i en ledande och ansvarsfull uppgift eller i en därmed jämförbar ställning i ett affärsdrivande samfund, om det är fråga om ett sådant samfund som kan ha väsentlig nytta eller lida väsentlig skada av hur de ärenden avgörs som normalt behandlas i organet. Till en direktion och en kommitté kan dock väljas också den som inte är valbar till andra organ i samkommunen eller vars hemkommun inte är medlemskommun i samkommunen. I grundavtalet kan det överenskommas om att ledamöterna och ersättarna i andra organ än samkommunsstämman ska vara fullmäktig-ledamöter i medlemskommunerna.

En samkommun är bokföringsskyldig och den ska upprätta ett bokslut och en verksamhetsberättelse över sin verksamhet. I sista hand är det medlemskommunerna som ansvarar för samkommunens finansiering. För finansieringen av sådana utgifter i samkommunen som inte kan täckas på något annat sätt svarar medlemskommunerna så som i grundavtalet har överenskommits om ansvarsfördelningen mellan kommunerna.

På samkommuner tillämpas ekonomibestämmelserna i 8 kap. i kommunallagen med undantag för den skyldighet att täcka underskott som ingår i 65 §. Den ekonomisektion som bereder totalrevisionen av kommunallagen avser dock föreslå en skyldighet att täcka underskott också för samkommuner. Eftersom en samkommun är en egen juridisk person, godkänner samkommunen sin egen budget och sitt eget bokslut. För finansieringen av sådana utgifter i samkommunen som inte kan täckas genom samkommunens medel svarar enligt 83 § i kommunallagen medlemskommunerna så som i grundavtalet har överenskommits.

#### *Modellen med ansvarig kommun och samkommun i den övriga lagstiftningen*

Utöver inom social- och hälsovården används modellen med en ansvarig kommun i stor utsträckning också vid ordnandet av

brand- och räddningsväsendet samt i samarbete inom miljö- och hälsoskydd.

I räddningslagen (379/2011) har statsrådet behörighet att besluta om områdena och i sista hand också om samarbetsavtalen. I samarbetsavtalet överenskommer kommunerna bl.a. om förvaltningsmodellen och kostnadsfördelningen. Enligt 24 § i räddningslagen kräver inte godkännande eller ändring av avtalet enhällighet bland kommunerna, utan på godkännande och ändring tillämpas bestämmelsen om kvalificerad majoritet i 79 § i kommunallagen. Enligt bestämmelsen kan grundavtalet ändras, om minst två tredjedelar av medlemskommunerna understöder en ändring och deras invånarantal är minst hälften av det sammanräknade invånarantalet i samtliga medlemskommuner. I fråga om räddningsväsendet har bestämmelsen utsträckts att också gälla godkännande av ett avtal samt även andra samarbetsavtal och inte bara samkommunens grundavtal. Det finns 22 räddningsområden och bara i fråga om två räddningsområden är det en samkommun som svarar för räddningsområdets verksamhet (Lappland och Päijänne-Tavastland, där uppgiften sköts av landskapsförbundet). I de andra räddningsområdena är det en ansvarig kommun som svarar för uppgiften.

I lagen om samarbetsområden för miljö- och hälsoskyddet (410/2009) ingår bestämmelser om storleken på den personal som ordnandet av servicen förutsätter, om samarbetskyldighet vid uppfyllande av kravet på personalmängd samt om statsrådets behörighet att ålägga kommunerna en skyldighet att samarbeta. I lagen föreskrivs att samarbetsmodellen ska vara antingen modellen med ansvarig kommun eller samkommun. I sista hand beslutar statsrådet också om förvaltningsmodellen och kostnadsfördelningen. Nästan alla av de 70 samarbetsområdena för miljö- och hälsoskyddet har grundats utifrån modellen med ansvarig kommun.

I praktiken har huvudregeln blivit att ju färre samarbetskommuner, eller ju mindre uppgift, desto sannolikare har samarbetsmodellen varit ett gemensamt organ. Dessutom har valet av samarbetsmodell påverkats av den ansvariga kommunens storlek.

Olika sätt på vilka kommunerna samarbetar

#### *Förvaltningsförsöket i Kajaland*

I Kajaland genomfördes under perioden 2005–2012 ett förvaltningsförsök, där landskapet Kajaland hade hand om regionens social- och hälsovårdstjänster med undantag för barndagvården och andra stadets utbildningstjänster. Vaala kommun hörde inte till förvaltningsförsöket. Inom det område som omfattades av ansvaret att ordna vård fanns ca 83 000 invånare. En viktig orsak till förvaltningsförsöket var områdets ogynnsamma befolknings- och sysselsättningsutveckling. Social- och hälsovårdstjänsterna integrerades nästan helt och de omorganiserades i enlighet med livscykelstänkandet. Tjänsterna grupperades i närtjänster och regionala och centraliserade tjänster så att dagliga tjänster ordnades som närtjänster och dyra tjänster samt tjänster som kräver specialkompetens ordnades som centraliserade och regionala tjänster. Beslutanderätten fanns hos landskapsfullmäktige som valts genom direkta val. Lagen om ett förvaltningsförsök i Kajaland (343/2003) förutsatte enhälligt beslut av alla kommuner i regionen för att försöket skulle kunna fortsätta, men en kommun motsatte en fortsättning. De viktigaste orsakerna till att försöket kom till ett slut ansågs hänföra sig till faktorer i anslutning till kommunernas samarbete och till landskapsförvaltningen i synnerhet i fråga om finansieringsfrågor. På denna grund kan man bedöma att det är motiverat att det införs bestämmelser om dessa frågor i samband med ordnandet av social- och hälsovården.

En bred organisationsnivå underlättade integrationen av tjänsterna och harmoniserandet av förfarandena. Man harmoniserade bl.a. patient- och klientdatasystemen samt kriterierna för bedömning och för tillgång till vård. Regionalt fördelande utvecklingsmedel slogs samman och samarbetet inom forskning och utveckling stärktes. Integrationen av social- och hälsovården upplevdes vara en mycket god praxis, och avsikten har inte varit att upplösa den efter utgången av försöket. Ett av syftena med lagen om ordnandet av social- och hälsovården är att i hela landet skapa

en liknande integration av servicesystemen som i Kajaland.

I början av reformen var kostnadsutvecklingen positiv, men mot slutet av försöket steg kostnaderna kraftigt. Integreringen av servicesystemen sammanförde resurser, vilket var en viktig faktor för skapande av kostnadskontroll. Förvaltningsförsöket finansierades genom en procentuell betalningsandel ur kommunernas budget. När landskapet inte kunde fakturera klienterna utifrån den faktiska användningen, uppmuntrade betalnings sättet landskapet till effektivitet. Systemet förbättrade också förutsebarheten för kommunernas utgifter och behärskade kostnadsökningen. De kommuner som var i den sämsta ekonomiska situationen drog mest nytta av försöket. I synnerhet i fråga om stödtjänster uppnåddes betydande inbesparingar genom att förbättra integrationen och slopa överlappningar. Storleken på inbesparingen var 20 procent av produktionskostnaderna, dvs. ca en miljon euro per år.

Förvaltningsförsöket förbättrade tillgången till sjukvård och minskade i betydande grad antalet patienter som köat en lång tid trots att Kajaland under hela försöket led av läkarbrist och tidvis av vårdarbrist. Under förvaltningsförsöket kunde kommuninvånarna välja servicestället själva, vilket underlättade tillgången till service. Användningen av andra tjänster än läkartjänster ökade under försöket. Under förvaltningsförsöket uppnådde man det resultat som förutsatts i bestämmelserna i fråga om bedömning av behovet av vård och hur klienterna får kontakt med hälso- och sjukvården.

Både inom socialvården, primärvården och inom den specialiserade sjukvården fick tjänsterna för familjer och äldre en framskjuten position. Inom tjänsterna för familjer satsade man på preventiva tjänster, vilket ökade klientmängderna. De regionala verksamhetsförfarandena harmoniserades i fråga om flera tjänster. I fråga om tjänsterna för äldre uppnåddes de riksomfattande målen under förvaltningsförsöket. Klientavgifterna och kriterierna för beviljande av tjänster harmoniserades. Tjänsterna för äldre producerades i huvudsak som närtjänster. I servicestrukturen satsade man på öppna tjänster



och i synnerhet på att lämna stöd till klienterna för att de ska klara sig hemma. Tjänsterna för personer som lider av minnessjukdomar effektiviserades och servicesedlar togs i bruk i synnerhet inom hemvården och i fråga om arrangemang för lediga dagar inom närståendevården. Modellen med servicesedlar iaktogs fungera bäst i landskapets huvudstad Kajana, där det både finns mest serviceproducenter och stora klientmängder. Man lyckades minska den relativa andelen av vård som ges dygnet runt.

#### Kommun- och servicestrukturreformen

##### *Social- och hälsovårdsväsendet i S:t Michelregionen*

Social- och hälsovårdsväsendet i S:t Michelregionen bildades den 1 januari 2012 till ett samarbetsområde som fungerar enligt modellen med värdkommun. I regionen ingår utöver värdkommunen S:t Michel dessutom Kangasniemi, Pertunmaa, Hirvensalmi, Mäntyharju, Ristiina och Suomenniemi. En del av dessa kommuner genomgick en kommun-sammanslagning den 1 januari 2013 (S:t Michel, Suomenniemi och Ristiina). Vid utgången av 2012 fanns det ca 73 000 invånare i regionen. Siffran innehåller Puumala (2 400 invånare), som inte deltar i samarbetsavtalet utan köper hälso- och sjukvårdstjänsterna av S:t Michel.

Bildandet av Social- och hälsovårdsväsendet i S:t Michelregionen föregicks av flera utrednings- och planeringsskeden, allt sedan kommun- och servicestrukturreformen inleddes. S:t Michel är också med i försöket med en regionmodell. Enligt det samarbetsavtal som varit i kraft sedan ingången av 2012 ansvarar S:t Michel stad för ordnandet av servicen. I stadens förvaltning inrättades som ett gemensamt organ för avtalsparterna en regional social- och hälsovårdsnämnd. För serviceproduktionen ansvarar S:t Michel stad, Kangasniemi kommun, Mäntyharju kommun och Pertunmaa kommun i samarbete med privata serviceproducenter samt den tredje sektorn. Serviceproduktionen har uppdelats under tre serviceproduktionsenheter: Kangasniemi, Mäntyharju och Pertunmaa

serviceproduktionsenheter, vilka var och en har sin egen grundtrygghetsnämnd.

Förvaltningsstrukturen för Social- och hälsovårdsväsendet i S:t Michelregionen är således inte en struktur med en instans som ordnar och ett organ som producerar, vilket är vanligt för samarbetsområden, utan serviceproduktionen är fortfarande uppdelad i regioner och personalen är anställd av kommunerna. Social- och hälsovårdsväsendet i S:t Michelregionen har dock inom sin region harmoniserat kriterierna för att få vård, servicenivåerna, tillgången till och kostnaderna för tjänsterna. Inom servicen har det lagts fram servicebeskrivningar och handböcker som täcker hela samarbetsområdet, vilket har gett personalen möjligheter till nätverksbildning och samarbete. Erfarenheterna av samarbetet har varit positiva och inspirerande. Man upplever att kvaliteten på servicen utvecklats, när man genom samarbetet har kunnat sammanföra sakkunskap.

En av de mest betydande reformerna i regionen var utvecklandet av styrningen av hälsovårdstjänsterna med hjälp av den s.k. Ensineuvo-rådgivningstjänsten. Ensineuvo är en rådgivnings- och handledningstjänst för invånarna i Södra Savolax sjukvårdsdistrikt, till vilken också tidsbokningen och hälsorådgivningen vid hälsovårdscentralerna och hälsostationerna i Social- och hälsovårdsväsendet i S:t Michelregionen övergick den 1 mars 2012.

##### *Björneborgs grundtrygghet*

Björneborg ordnar som ansvarig kommun social- och hälsovårdstjänster för ca 100 000 invånare i Björneborg, Sastmola och Ulvsby sedan ingången av 2013. Under perioden 2010–2012 ingick också Luvia och Påmark i samarbetet. Den 1 januari 2010 när samarbetet inleddes genomgick Björneborg och Norrmark en kommunsammanslagning. Luvia ordnar tjänsterna självständigt, men köper social- och hälsovårdstjänster av Björneborgs grundtrygghet utan samarbetsavtal. Vid ingången av 2013 övergick Påmark till Norra Satakuntas affärsverkssamkommun för bas-

service (POSA) och Luvia till kretsen av tjänsterna i Mellersta Satakuntas samkommun för primärvård.

Förvaltningen och funktionerna har alltså ändrats många gånger inom Björneborgs grundtrygghet. I regionen har man diskuterat samarbetet och gemensamma mål. I bakgrunden till diskussionerna ligger uppenbarligen de stora diskrepanserna mellan kommunerna i regionen: Björneborg är en stad med över 80 000 invånare, medan däremot partnerkommunerna är betydligt mindre från Luvia med färre än 2 000 invånare till Ulvsby med 13 000 invånare. De övriga kommunerna som deltagit i olika skeden är kommuner med färre än 5 000 invånare. Skillnaderna i storleksklass samt konstellationerna med ansvarig kommun och partnerkommun har bidragit till att skapa missnöje med och mistroende för den ordnande stadens förmåga och vilja att bemöta partnerkommunernas servicebehov.

I bakgrunden ligger utöver kommunernas storlek utmaningen att harmonisera olika verksamhetssätt och -kulturer. Verksamhets sättet i mycket små kommuner har varit mycket olik det i en stor stad. Övergången från hantering av ärenden på personlig nivå utifrån kännedom av kommuninvånarna till processer som verkställs av ledningen i en större helhet har inte varit lätt. Enligt Björneborgs grundtrygghets ledande tjänstemäns synsätt har kvaliteten på servicen, yrkesmässigheten samt kunskandet ökat betydligt, och till små kommuner förs nu sådana former av specialkompetens som deras invånare inte tidigare haft tillgång till.

När regionala synpunkter kombinerades med klienternas servicebehov bildade Björneborgs grundtrygghet sedan hösten 2012 s.k. närservicecentraler för olika områden. I dessa närservicecentraler kombineras olika tjänster och serviceutbudet hämtas närmare områdets invånare. Till närservicecentralerna hänför sig ändringar i servicestrukturen och serviceställena samt ett nytt slag av användning av kunskande, t.ex. läkarstöd till hemvårdens enheter och ett bredare utbud av tjänster som tillhandahålls i hemmen än tidigare.

### *Basservicecentret Aava*

Päijänne-Tavastlands samkommun för social- och hälsovård inledde sin verksamhet den 1 januari 2007. Samkommunens ansvarsområden är specialiserad sjukvård, socialvård, primärvård samt miljö- och hälso-skydd. Samkommunen tillhandahåller specialiserade sjukvårdstjänster till 14 medlemskommuner. Samkommunens basservicecenter Aava producerar socialvårdens och primärvårdens närtjänster samt centraliserade tjänster inom sju kommuners område: Hartola, Iitti, Mörskom, Nastola, Orimattila, Pukila och Sysmä. Aavas befolkningsunderlag är sammanlagt ca 50 000 invånare.

En del av kommunerna inom Päijänne-Tavastlands samkommun för social- och hälsovård hör till affärsverket Basservicecentret Oiva som hör till Hollola kommuns organisation. Basservicecentret Aava är en samkommun som i enlighet med Päijänne-Tavastlands samkommun för social- och hälsovård har sin hemort i Lahtis. Sålunda är Aava en aktör med ansvar för ordnande av basservice som inte är belägen i någon av de kommuner som hör till centret.

Kommunerna inom Aava är små, Orimattila och Nastola är kommuner med 15 000–16 000 invånare och de övriga kommunerna har 2 000–6 000 invånare. Geografiskt sett är området oenhetligt, och i Aava har man inte gjort särskilt mycket strukturella reformer i fråga om produktionen av tjänsterna. Reformerna har främst gällt fullgörandet av tjänsterna: uppfyllande av service- och vårdgarantierna, utveckling av verksamheten samt ibruktagande av nya arbetsformer och arbets-sätt. Inom Aava har man också genomfört många ändringar i fråga om användningen av allt mer specialiserat kunskande såväl mellan enheterna, inom enheterna som i personalens uppgiftsbeskrivningar.

För att underlätta medlemskommunernas ekonomiska utmaningar lades år 2012 fram ett produktivetsprogram. I september omarbetades det till ett effektivitets- och resultatprogram, varvid man uppställde som mål att balansera ekonomin till utgången av året, och man lyckades med de sparatgärder som ingick i programmet.

*Södra Karelen social- och hälsovårdsdistrikt (Eksote)*

Södra Karelen social- och hälsovårdsdistrikt Eksote är en samkommun som består av alla nio kommuner i Södra Karelen (Imatra, Parikkala, Rautjärvi, Ruokolahti, Villmanstrand, Lemi, Luumäki, Savitaipale och Taipalsaari). Distriktet har varit verksamt sedan 2009. I fråga om Imatra producerar samkommunen endast tjänsterna för den specialiserade sjukvården och specialomsorgerna för utvecklingsstörda. Inom Eksotes verksamhetsområde finns det 133 000 invånare. Andra kommuner än Imatra ordnar inte några social- och hälsovårdstjänster alls själva. Eksote kan jämföras med ett social- och hälsovårdsområde, i vilket det ingår ett område med basal social- och hälsovård (Imatra stad). Antalet invånare i Imatra är 28 000. De övriga kommunerna i Imatras pendlingsregion får alla sina tjänster av Eksote.

I Eksote har man under perioden 2010–2013 erhållit vissa stordriftsfördelar. Datasystemen i regionens kommuner har integrerats. Från och med ingången av 2014 är chefsnivån 74 årsverken mindre än vid ingången av 2013. Man har betydligt minskat antalet långvariga bäddavdelningsplatser sedan 2010 och samtidigt har man stärkt de tjänster som tillhandahålls i hemmen. Hemservicens förfaranden har optimerats och automatiserats. Man har gallrat i överlappande investeringar. Det uppskattas att alla dessa funktioner har producerat inbesparingar på ca en miljon euro i fråga om anstaltvård.

I fråga om mentalvårdstjänsterna utvecklades i Eksote ett system för omedelbar tillgång till vård, där man strävar efter att identifiera klientens hjälpbehov i ett tidigare skede och där serviceurvalet har utformats enligt klienternas behov. Man har lyckats minska antalet vård dagar i fråga om psykiatrisk vård under perioden 2010–2013 med närmare hälften och tillgången till mentalvård har förbättrats. Genom att förnya förfarandena har man inom mentalvårdstjänsterna år 2012 uppnått en inbesparing på 10 procent, dvs. 2,5 miljoner euro och man har lyckats avveckla köerna. Under det första verksamhetsåret ökade kostnaderna för de tjänster som

Eksote ordnade något i jämförelse med övriga landskap, men varje år sedan dess har kostnaderna för Eksotes tjänster blivit billigare i jämförelse med tjänsterna i övriga landskap.

Trots den positiva utvecklingen har Eksotes ekonomi uppvisat underskott. Enligt en extern utvärdering som gjorts över Eksote (Södra Karelen social- och hälsovårdsdistrikt. Bedömning av den ekonomiska och administrativa strukturen. Slutrapport av den 30 april 2013. Nordic Healthcare Group) berodde Eksotes underskott av underbudgetering, ökad efterfrågan och outnyttjad potential för produktionstillväxt. Enligt rapporten har det visat sig vara svårt att ingå överenskommelser i samkommunen. Som förvaltningsmodell föreslås modellen med ansvarig kommun, där den ansvariga kommunen och de övriga kommunernas ekonomiska intressen inte står i konflikt sinsemellan.

Imatra stad kan jämföras med ett område med basal social- och hälsovård inom Eksotes "social- och hälsovårdsområde" som själv ordnar övriga tjänster än tjänster inom den specialiserade sjukvården och de utvecklingsstördas specialomsorger. Enligt utvärderingsrapporten uppmuntrar den särställning som Imatra enligt grundavtalet har i Eksote till deloptimering både i fråga om investeringarna och i fråga om budgetplaneringen, vilket försvagar utvecklandet av den specialiserade sjukvården i landskapet. Dessutom anskaffar Imatra av Eksote endast de mest krävande tjänsterna inom den specialiserade sjukvården, varför Imatrabornas vårdperioder i Eksotes centralsjukhus i medeltal är något längre än vårdperioderna för övriga kommuners invånare. Kostnaderna för social- och hälsovårdstjänster har ökat snabbast i Imatra jämfört med de övriga kommunerna i området. I rapporten rekommenderas för landskapet ett enhetligt distrikt för ordnandet av social- och hälsovårdstjänster som överenskommit på ett enhetligt sätt med alla kommuner. I ett yttrande gällande den mellanliggande rapporten från beredningsgruppen för lagen om ordnandet av social- och hälsovården har Imatra stad dock framfört att staden vill fortsätta som ett område med basal social- och hälsovård.

Kostnadsnivån för Eksotes social- och hälsovårdsutgifter motsvarar landets medeltal, och deras kostnadsutveckling har kalkylmässigt varit ca 2,9 procentenheter mindre än utvecklingen av kommunernas utgifter för social- och hälsovården innan Eksote inrättades. När man jämför ökningen i nettokostnader för tiden före och efter Eksote inrättades, har man i totalkostnaderna lyckats spara 9,5 miljoner euro under perioden 2010–2012. Dessa inbesparingar har uppnåtts enbart genom de stordriftsfördelar som hänför sig till att funktioner har sammanförts (logistik, upphandling, förvaltning) utan att funktionerna har omorganiserats i större omfattning. Det kan bedömas att de egentliga fördelarna med en integrerad social- och hälsovård kan uppnås genom en omorganisering av verksamheten, vilket möjliggörs av ett regionalt ansvar för ordnandet av vård (t.ex. minskad anstaltvård, elektroniska och logistiska lösningar, centraliserad jour och rehabilitering, ändrad personalstruktur). Om ovan nämna realiserade och uppskattade kostnadsfördelar i Eksote relateras schematiskt till hela landets utgifter för social- och hälsovården, talar vi på hela landets nivå om årliga kostnadsfördelar i miljardklassen (hela landets utgifter för social- och hälsovård var 19,8 miljarder år 2012). I de kostnadsfördelar som framförs ovan ingår inte ännu den inbesparingspotential som kan åstadkommas genom att utveckla den finansiering som baserar sig på flera kanaler.

## **2.8 Finansieringen av social- och hälsovården och kostnadsfördelningen mellan kommunerna**

### *Finansiering*

#### *Driftskostnader*

Utgångspunkten i Finland är att det är det allmänna som ansvarar för ordnandet av social- och hälsovårdstjänster, dessa tjänster ska vara tillgängliga för alla och de ska i huvudsak finansieras genom skattemedel. Man har ansett att en skattefinansierad modell bäst säkerställer en så jämlik verkställighet av servicen som möjligt samt möjligheten

att kontrollera utvecklingen av utgifterna för social- och hälsovården.

Ordnandet av social- och hälsovårdstjänster förutsätter tillräckliga resurser. Social- och hälsovårdstjänsternas andel av kommunernas utgifter är mycket stor. Finansieringen av systemet för social- och hälsovårdstjänsterna utgör bl.a. genom statsandelssystemet också en mycket betydande del av de statliga finanserna.

Den kommunala sektorns driftskostnader uppgick till ca 42,1 miljarder euro 2011. Av detta var social- och hälsovårdsväsendets andel 21,6 miljarder euro, dvs. 51,3 procent, när man också inkluderar driftskostnaderna för barndagvården. Social- och hälsovårdsväsendets andel av kommunernas driftskostnader utan barndagvården var 18,8 miljarder euro, dvs. ca 45 procent. Barndagvården utgör inte längre en del av socialservicen, utan i samtliga former av samarbete mellan kommunerna är den en uppgift som primärkommunernas ansvarar för som en del av bildningsväsendet. Av driftskostnaderna för social- och hälsovårdsväsendet stod år 2011 den specialiserade sjukvården för en tredjedel och primärvården för en femtedel. De övriga uppgiftskategorierna stod alltså för mindre än hälften. Skillnaderna mellan kommunerna är stora såväl när det gäller social- och hälsovårdsväsendets utgiftsandelar som när det gäller utgifterna per invånare.

Kommunerna erhåller statsandel för driftskostnaderna för social- och hälsovården i enlighet med lagen om statsandel för kommunal basservice (1704/2009). På landsomfattande nivå utgör statsandelen för social- och hälsovården som en del av statsandelen för basservicen ca 31 procent av kommunernas utgifter för social- och hälsovårdsväsendet. Statsandelssystemet utjämnar kostnadsskillnaderna vid ordnandet av kommunal service, och det system för utjämning av statsandelarna som baserar sig på skatteinkomsterna utjämnar skillnaderna i kommunernas inkomstunderlag, så att kommunerna kan finansiera sin basservice.

Statsandelen med allmän täckning för basservice uppgick till 8,5 miljarder euro 2012. Av detta var social- och hälsovårdstjänsternas andel 71 procent (6 miljarder euro). För-

utom statsandel för basservice riktar staten finansiering till social- och hälsovårdsväsendet inom den kommunala sektorn och därtill anknuten verksamhet via flera andra moment i statsbudgeten. Sådana poster är bl.a. statsandelen för kostnaderna för grundläggande utkomststöd, den statliga ersättningen till kommunala hälso- och sjukvårdsenheter för kostnaderna för läkar- och tandläkarutbildningen, den statliga finansieringen av hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå samt den statliga ersättningen till kommunerna för ordnandet av arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte.

Kommunernas egna skatteinkomster står för ca 46 procent av finansieringen av kommunsektorns utgifter. Tillsammans med statsandelarna för driftsekonomi utgör de nästan två tredjedelar av kommunsektorns inkomster. Således dominerar skattefinansieringen i fråga om den service som kommunerna ansvarar för.

#### Specialstatsandelar och -bidrag

##### *Undervisningsverksamhet*

Bestämmelser om ordnande av undervisning och forskning inom hälso- och sjukvård ingår i 7 kap. i hälso- och sjukvårdslagen. Enligt den lagen betalas till de samkommuner för ett sjukvårdsdistrikt där det finns ett universitetssjukhus ersättning av statsmedel för kostnader som orsakas av grund- och specialiseringsutbildning för läkare och tandläkare. Ersättningen för grundutbildningen räknas ut på grundval av ett medeltal av antalet studerande som har påbörjat läkar- och tandläkarutbildning och antalet avlagda examina. Ersättningen för specialiseringsutbildningen grundar sig på antalet examina och på den ersättning som bestämts för examen i fråga.

Utbildningsersättning som grundar sig på antalet examina betalas dock inte för specialläkar- och specialtandläkarexamen inom hälsovård eller specialläkarexamen inom idrottsmedicin, företagshälsovård och allmän medicin. Om sådan utbildning ges vid ett universitetssjukhus betalas den samkommun

som är huvudman för sjukhuset ersättning av statsmedel för utbildningskostnaderna på grundval av antalet realiserade utbildningsmånader.

I hälso- och sjukvårdslagen ingår också bestämmelser om hur ersättning för kostnader som orsakats av utbildning både i fråga om grund- och i fråga om specialiseringsutbildning betalas till andra verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården än universitetssjukhus.

##### *Hälsovetenskaplig forskning*

I fråga om hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå föreskrivs i hälso- och sjukvårdslagen att social- och hälsovårdsministeriet i samarbete med specialupptagningsområdenas forskningskommittéer fastställer för fyra år i taget insatsområden och målsättningar när det gäller den hälsovetenskapliga forskningen på universitetsnivå. För den hälsovetenskapliga forskningen på universitetsnivå beviljas statlig finansiering till specialupptagningsområdenas forskningskommittéer, som beslutar hur forskningsmedlen ska fördelas på olika forskningsprojekt. Finansieringen betalas till specialupptagningsområdenas forskningskommittéer i enlighet med beslut som social- och hälsovårdsministeriet fattar för fyra år i taget. Ministeriets beslut grundar sig på hur forskningens insatsområden och målsättningar har genomförts samt på forskningens kvalitet, omfattning och resultat under den föregående fyraårsperioden.

Samkommuner för sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde ska inom sitt område inrätta en forskningskommitté för hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå. Kommittén ska bestå av representanter för de olika vetenskapsområdena från verksamhetsenheterna inom hälso- och sjukvården i specialupptagningsområdet. Forskningskommittén beslutar på ansökan om beviljande av forskningsfinansiering inom sitt område. En kommun som är huvudman för en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården, en samkommun, ett statligt sinnessjukhus eller en serviceproducent som bestäms genom förordning av social- och

hälsovårdsministeriet kan ansöka om finansiering för hälsovetenskaplig forskning.

Social- och hälsovårdsministeriet tillsätter en nationell utvärderingsgrupp för den hälsovetenskapliga forskningen som består av sakkunniga. Utvärderingsgruppen har till uppgift att bedöma den hälsovetenskapliga forskningens kvalitet, omfattning och genomslag och utfallet för insatsområdena och målsättningarna för forskningen under den föregående fyraårsperioden samt att för social- och hälsovårdsministeriet lägga fram förslag om hur finansieringen av den hälsovetenskapliga forskningen på universitetsnivå ska fördelas mellan specialupptagningsområdena under den följande fyraårsperioden.

#### *Statsunderstöd för utvecklingsprojekt i kommunerna*

För genomförande av det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården, vilket behandlas närmare nedan i avsnitt 2.9.2, får social- och hälsovårdsministeriet inom ramen för ett anslag i statsbudgeten bevilja projektunderstöd till kommuner och samkommuner. I statsunderstöd beviljas högst 75 procent av de kostnader som berättigar till statsunderstöd. För projektfinansiering finns sammanlagt ca 70 miljoner euro tillgängligt för perioden 2012–2015. Genom statsrådets förordning om statsunderstöd för utvecklingsprojekt inom social- och hälsovården (183/2012) har närmare bestämmelser utfärdats om grunderna för fördelningen av statsunderstödet, om sökande, beviljande och betalning av statsunderstöd samt om hur användningen av statsunderstödet ska följas, utvärderas och övervakas.

En förutsättning för beviljande av statsunderstöd är att projektet uppfyller de social- och hälsopolitiska mål som uppställs i det nationella utvecklingsprogrammet. Projektet ska ha nära samband med den kommunala social- och hälsovården och det nödvändiga tväradministrativa samarbetet ska beaktas där. Projektet ska kunna bedömas vara resultatrikt och det ska gå att utnyttjas på bred basis.

Vid bedömningen av projekten beaktas också regionala utvecklingsbehov. De regio-

nala ledningsgrupperna för social- och hälsovården bedömer ansökningarna om statsunderstöd och avger ett utlåtande om dem till social- och hälsovårdsministeriet.

För att dra upp riktlinjer för projektfinansieringen för social- och hälsovården samt för att undvika överlappande finansiering koordinerar social- och hälsovårdsministeriet tillsammans med olika finansiärer den projektfinansiering för social- och hälsovård som är avsedd för kommuner, samkommuner, organisationer och företag. Våren 2013 inrättades en särskild arbetsgrupp för koordinationen.

## **2.9 Utvecklingsverksamhet och -strukturer**

### Utvecklingsverksamhet och -strukturer

#### *Kommunens ansvar för att ordna verksamhet*

Enligt 13 § i socialvårdslagen ska kommunen såsom till socialvården hörande uppgifter sörja för att utbildnings-, forsknings-, försöks- och utvecklingsverksamhet rörande socialvård och annan social trygghet ordnas. Enligt 52 § kan en kommun och läroanstalt eller högskola som ansvarar för utbildningen av socialvårdspersonal överenskomma om utnyttjande av socialvårdens verksamhetsenheter för ordnande av socialvårdsutbildning. En kommun har rätt att för direkta kostnader som föranleds av ordnandet av den ovan avsedda utbildningen, till fullt belopp få ersättning av högskolan eller en annan myndighet eller ett annat samfund som ansvarar för utbildningen. Vid fastställandet av ersättningen beaktas även den direkta nytta som utbildningen medför för kommunen.

Enligt 37 § i hälso- och sjukvårdslagen ska hälsovårdscentralen på behörigt sätt sörja för ordnandet av multidisciplinär forskning, utbildning och utvecklingsverksamhet. Kommunen ska anvisa tillräckliga resurser för detta. Hälsovårdscentralen ska samarbeta med primärvårdsenheten inom samkommunen för sjukvårdsdistriktet och med andra hälsovårdscentraler. Hälsovårdscentralen ska tillsammans med primärvårdsenheten delta i

det riksomfattande utvecklandet av primärvården.

#### *Kompetenscentrumen inom det sociala området*

Kompetenscentrumen inom det sociala området stöder den regionala utbildnings-, forsknings-, försöks- och utvecklingsverksamhet som gäller socialvård. Bestämmelser om kompetenscentrumverksamhet inom det sociala området ingår i lagen om kompetenscentrumverksamhet inom det sociala området (1230/2001) och i motsvarande förordning (1411/2001). Syftet med kompetenscentrumverksamheten inom det sociala området är att skapa och upprätthålla en regional samsamarbetsstruktur som täcker hela landet i avsikt att främja baskompetensen och specialkompetensen inom det sociala området samt säkerställa specialservice och specialisttjänster som kräver specialkompetens och förutsätter samarbete på regional nivå inom det sociala området. För verksamheten ansvarar regionala kompetenscentrum inom det sociala området, vilkas verksamhetsområden omfattar samtliga kommuner. För den svenskspråkiga befolkningens behov finns dessutom ett svenskspråkigt kompetenscentrum.

Ett kompetenscentrum kan bildas av kommuner och samkommuner i varje verksamhetsområde tillsammans med universitet, yrkeshögskolor och andra läroanstalter inom området för social- och hälsovård, förbund på landskapsnivå, regionförvaltningsverk, organisationer och företag samt andra parter som är verksamma inom social- och hälsovården. Kompetenscentrumverksamheten och kompetenscentrumens administration ordnas i enlighet med ett inbördes avtal mellan de ovan nämnda parter som bildar ett kompetenscentrum.

Till stöd för kompetenscentrumverksamheten betalas statsunderstöd. De allmänna grunderna för bestämmandet av statsunderstödet är varje kompetenscentrums invånarantal och areal. Kompetenscentrumen finansierar sin verksamhet dessutom med de avgifter som flyter in för de sakkunnigtjänster som de säljer.

I anslutning till social- och hälsovårdsministeriet finns en delegation för kompetenscentrumverksamhet inom det sociala området, som statsrådet tillsätter för fyra år i sänder. Delegationen har till uppgift att dra upp riktlinjer på riksnivå för kompetenscentrumverksamheten, se till att en överenskommelse ingås om varje kompetenscentrums särskilda insatsområden samt också i övrigt samordna och stöda kompetenscentrumens verksamhet. Delegationen ska också genom att ge utlåtanden, eller på annat sätt, ta ställning till principiellt viktiga frågor som gäller kompetenscentrumverksamheten eller kompetenscentrumens administration samt vid behov lägga fram förslag till utveckling av lagstiftningen.

#### *Utvecklingsenheterna för primärvården*

Enligt 35 § i hälso- och sjukvårdslagen ska en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt ha en primärvårdsenhet som har multidisciplinär kompetens på hälsoområdet och som stöder arbetet med att ta fram en plan för ordnande av hälso- och sjukvård. En viktig uppgift för enheten är att i samarbete med olika instanser koordinera den vetenskapliga forskning som utförs inom primärvården och arbetet med att lägga fram vård- och rehabiliteringskedjor samt att koordinera regional fortbildning. Primärvårdsenheterna tillhandahåller sakkunskap och samordnar inom sitt område forskningen, utvecklingsarbetet, utformningen av vård- och rehabiliteringskedjorna och fortbildningen inom primärvården och sörjer för kartläggningen av personalbehovet och för samordningen av den specialiserade sjukvården, primärvården och, i tillämpliga delar, socialväsendet. Avsikten är också att enheten ska samarbeta samt skapa permanenta samsamarbetsförfaranden med det kompetenscentrum inom det sociala området som finns i den egna regionen.

Enligt 36 § i hälso- och sjukvårdslagen ska en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt erbjuda sakkunskap och stöd till kommunerna genom att ordna utbildning, sammanställa uppföljningsuppgifter som gäller hälsa och välfärd och genom att se till att dokumenterat effektiva handlingsmodeller och goda rutiner

för förebyggande av sjukdomar och problem sprids till kommunerna.

*Det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården*

Enligt 5 § i lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården (733/1992) fastställer statsrådet vart fjärde år ett nationellt utvecklingsprogram för social- och hälsovården (det nationella utvecklingsprogrammet). Ett nytt program för perioden 2012–2015 fastställdes den 2 februari 2012. Det nationella utvecklingsprogrammet är social- och hälsovårdsministeriets lagstadgade strategiska styrmedel för ledningen av social- och hälsovårdspolitiken. När programmet utarbetas utreds reformbehov och uppställs mål. Därefter genomförs de önskade ändringarna i samarbete med intressegrupper och aktörerna på fältet, i synnerhet kommunerna.

Det nationella utvecklingsprogrammet kan granskas årligen i fråga om de åtgärder som stöder genomförandet av programmets mål, och i övrigt kan det ändras av särskilda skäl. I det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården kan också ingå sådana viktiga mål och åtgärdsrekommendationer som riktar sig mot statens central- och regionalförvaltning för social- och hälsovården och som är motiverade med tanke på ett ändamålsenligt verkställande av den kommunala social- och hälsovården.

Till organisationen för det nationella utvecklingsprogrammet hör delegationen för social- och hälsovården, ledningsgruppen för utvecklingsprogrammet som är verksam i samband med delegationen samt regionala ledningsgrupper för social- och hälsovården, vilka väljs för fyra år i sänder. Bestämmelser om dem ingår i 5 a § i lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården (733/1992) samt i statsrådets förordning om delegationen för social- och hälsovård samt om regionala ledningsgrupper för social- och hälsovården (913/2011).

Delegationen för social- och hälsovården har i uppgift att samla de nationella målen för social- och hälsovården, se till att de genomförs samt verkställa samarbete mellan riks-

omfattande och regionala aktörer. Ledningsgruppen för det nationella utvecklingsprogrammet har i uppgift att leda beredningen av utvecklingsprogrammet samt dess riksomfattande och regionala genomförande. Ledningsgruppen ska bl.a. främja samarbete mellan centralförvaltningen och regionerna, behandla med social- och hälsovårdsorganisationerna frågor som hör till samarbetet inom ramen för det nationella utvecklingsprogrammet samt behandla den helhet som består av styrnings- och tillsynsåtgärder.

Som stöd för delegationen för social- och hälsovård finns fem av social- och hälsovårdsministeriet tillsatta regionala ledningsgrupper för social- och hälsovården. Varje regional ledningsgrupp har ett eget verksamhetsområde. Verksamhetsområdena har bildats genom tillämpning av den områdesindelning som motsvarar den som används när de specialupptagningsområden som avses i 9 § i lagen om specialiserad sjukvård (1062/1989) bildas. De regionala ledningsgrupperna har till uppgift att inom sin region stödja beredningen av det nationella utvecklingsprogrammet samt att främja och för sin del följa genomförandet av programmet. Ledningsgrupperna utarbetar bl.a. de planer inom det nationella utvecklingsprogrammet som avser genomförandet i regionerna och kommer med förslag till delegationen gällande åtgärder med hjälp av vilka genomförandet av det nationella utvecklingsprogrammet kan främjas.

De planer som avser genomförandet i regionerna grundar sig på regionens utvecklingsbehov och talar om vilka nationella mål som är de viktigaste i den regionen och genom vilka åtgärder i regionen dessa mål uppnås. I de planer som avser genomförandet i regionerna utnyttjas bl.a. kommunernas välfärdsberättelser och servicestrategier samt planer för ordnande av hälso- och sjukvård och landskapens välfärdsprogram.

## **2.10 Undervisnings-, utbildnings- och forskningsverksamhet**

En kommun och en läroanstalt eller högskola som ansvarar för utbildningen av socialvårdspersonal kan enligt 52 § i social-



vårdslagen överenskomma om utnyttjande av socialvårdens verksamhetsenheter för ordnande av socialvårdsutbildning. En kommun har rätt att för direkta kostnader som föranleds av ordnandet av ovan avsedd utbildning, till fullt belopp erhålla ersättning av en högskola eller annan myndighet eller ett annat samfund som ansvarar för utbildningen. Vid fastställandet av ersättning beaktas även den direkta nytta som utbildningen medför för kommunen.

Enligt 53 § har kommunerna en lagstadgad förpliktelse att ordna kompletterande utbildning för socialvårdspersonalen. Kommunen ska se till att socialvårdspersonalen beroende på grundutbildningens längd, hur krävande arbetet är och befattningsbeskrivningen i tillräcklig utsträckning deltar i den kompletterande utbildning som ordnas för den. Social- och hälsovårdsministeriet har publicerat rekommendationer till kommunerna som stöd för ordnande av kompletterande utbildning inom socialvården (SHM:s publikationer 2006:7).

Bestämmelser om fortbildning för yrkesutbildad personal inom hälso- och sjukvården ingår i 5 § i hälso- och sjukvårdslagen. Enligt 5 § ska en kommun eller en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt se till att hälso- och sjukvårdspersonalen, inklusive de anställda hos privata serviceproducenter som kommunen eller samkommunen köper tjänster av, i tillräcklig utsträckning deltar i fortbildning inom hälso- och sjukvården. Den fortbildningen ska utformas med beaktande av längden på den grundutbildning som personalen har, hur krävande arbetet är och uppgifternas innehåll. Dessutom ingår bestämmelser om fortbildning inom hälso- och sjukvård i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994) och i social- och hälsovårdsministeriets förordning om fortbildning för personalen inom hälsovården (1194/2003). Social- och hälsovårdsministeriet har dessutom utfärdat rekommendationer om genomförandet av fortbildning (SHM:s handböcker 2004:3).

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska hälsovårdscentralen på behörigt sätt sörja för ordnandet av multidisciplinär forskning, utbildning och utvecklingsverksamhet (37 §).

Ledningen för en verksamhetsenhet ska ha sådan multidisciplinär kompetens som främjar en högkvalitativ och säker vård, samarbetet mellan olika yrkesgrupper och utvecklandet av vård- och verksamhetsmetoder (4 §).

I lagstiftningen om socialvård ingår också bestämmelser om utnyttjande av ledning och multidisciplinärt kunnande då socialvård lämnas.

## 2.11 Styrning och övervakning

Social- och hälsovårdsministeriet

Till social- och hälsovårdsministeriets uppgifter hör allmän planering och styrning av och tillsyn över social- och hälsovården med stöd av socialvårdslagen, folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård, mentalvårdslagen, lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda och lagen om smittsamma sjukdomar. Behörigheten rör i praktiken kommunernas social- och hälsovård och statens sinnessjukhus. Även den allmänna styrningen av och tillsynen över den privata hälso- och sjukvården och den privata socialservicen samt den allmänna styrningen av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården hör till social- och hälsovårdsministeriet.

### *Regionförvaltningsverken*

Regionförvaltningsverket styr och utövar tillsyn över socialvården, folkhälsoarbetet och den specialiserade sjukvården samt den privata hälso- och sjukvården och den privata socialservicen inom sitt verksamhetsområde.

Regionförvaltningsverken främjar enligt lagen om regionförvaltningsverken (896/2009) regional jämlikhet genom att i regionerna sköta verkställighets-, styrnings- och tillsynsuppgifter som har samband med lagstiftningen. Regionförvaltningsverken sköter de uppgifter som särskilt föreskrivs för dem inom social- och hälsovården, miljö- och hälsoskyddet, utbildningsväsendet och det övriga bildningsväsendet, främjandet och förverkligandet av rättsskyddet, tillståndsärenden och övriga ansökningsärenden som hör till området för miljöskydds- och vatten-

lagstiftningen, räddningsväsendet, tillsynen över och utvecklandet av arbetarskyddet, produkttillsynen över produkter som används i arbetet samt konsument- och konkurrensförvaltningen. Regionförvaltningsverken ska dessutom utvärdera den regionala tillgången till basservice, styra, övervaka och utveckla magistraterna, samordna beredskapen i regionen och ordna anknytande samverkan, samordna beredskapsplaneringen, ordna regionala försvarskurser, stödja kommunernas beredskapsplanering, ordna beredskapsövningar och främja säkerhetsplaneringen inom region- och lokalförvaltningen, stödja behöriga myndigheter då myndigheterna leder säkerhetssituationer i regionen och samordna deras verksamhet samt sköta det regionala myndighetssamarbetet inom polisväsendet och samordna beredskapen och beredskapsplaneringen för polisväsendet. Regionförvaltningsverken kan även ha andra uppgifter om vilka det föreskrivs särskilt.

Den allmänna administrativa styrningen av regionförvaltningsverken hör till finansministeriet. Justitieministeriet, inrikesministeriet, finansministeriet, social- och hälsovårdsministeriet, undervisningsministeriet, jord- och skogsbruksministeriet, arbets- och näringsministeriet, miljöministeriet och polisstyrelsen, eller en myndighet inom centralförvaltningen som särskilt har ålagts att sköta styrningen, ansvarar dessutom för styrningen av regionförvaltningsverkens verksamhet inom sina egna ansvarsområden.

I speciallagstiftningen om social- och hälsovården ingår cirka 130 bestämmelser om regionförvaltningsverkens uppgifter. Med stöd av det som sägs ovan hör styrningen av regionförvaltningsverkens verksamhet som hänger samman med dessa uppgifter till social- och hälsovårdsministeriet. Dessutom har det föreskrivits att Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården har till uppgift att styra regionförvaltningsverkens verksamhet i syfte att förenhetliga deras verksamhetsprinciper, förfaringssätt och beslutspraxis vid styrningen av och tillsynen över yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården samt social- och hälsovårdens verksamhetsenheter.

#### *Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården*

Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira) är ett centralt ämbetsverk under social- och hälsovårdsministeriet. Enligt lagen om Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (669/2008) har Valvira som ansvarsområde att främja tillgodoseendet av rättsskyddet och tjänsternas kvalitet inom social- och hälsovården samt hanteringen av hälsorisker i livsmiljön och hos befolkningen genom styrning och tillsyn.

Valvira sköter den tillståndsförvaltning, styrning och tillsyn som föreskrivs för verket i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, folkhälsolagen, lagen om företagshälsovård (1383/2001), lagen om specialiserad sjukvård, hälso- och sjukvårdslagen, mentalvårdslagen, lagen om privat hälso- och sjukvård, lagen om smittsamma sjukdomar, lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården (159/2007), lagen om elektroniska recept (61/2007), socialvårdslagen, lagen om privat socialservice (922/2011), lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda, hälsoskyddslagen (763/1994), alkohollagen, tobakslagen, gentekniklagen (377/1995) och lagen om produkter och utrustning för hälso- och sjukvård (629/2010). Dessutom ska Valvira sköta de uppgifter som det har enligt bestämmelser i lagstiftningen om abort, sterilisering, assisterad befruktning, användning av mänskliga organ, vävnader och celler för medicinska ändamål och medicinsk forskning samt uppgifter som det har enligt någon annan lag eller förordning. Valvira ska dessutom sköta de uppgifter som med stöd av den ovan avsedda lagstiftningen hör till dess ansvarsområde och som social- och hälsovårdsministeriet ålägger verket.

Valvira, som är underställt social- och hälsovårdsministeriet, styr regionförvaltningsverkens verksamhet i syfte att förenhetliga deras verksamhetsprinciper, förfaringssätt och beslutspraxis vid styrningen av och tillsynen över socialvård, folkhälsoarbete, specialiserad sjukvård och privat hälso- och sjukvård och socialservice. Bestämmelser om

arbetsfördelningen mellan Valvira och regionförvaltningsverken vid styrningen och tillsynen ingår i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, socialvårdslagen, lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda, folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård, mentalvårdslagen, lagen om smittsamma sjukdomar, lagen om privat socialservice och lagen om privat hälso- och sjukvård.

I egenskap av nationell tillsynsmyndighet övervakar Valvira bland annat personer med yrkesutbildning inom hälso- och sjukvård när de är verksamma inom hälso- och sjukvården. Det främsta syftet med tillsynen är att bevara och främja patientsäkerheten och att säkerställa kvaliteten på hälsovårdstjänsterna.

#### *Arbetsfördelningen mellan Valvira och regionförvaltningsverken och befogenheterna vid styrning och tillsyn*

För tillsynen ansvarar främst regionförvaltningsverken, medan Valvira behandlar ärenden som särskilt fastställs i lagen. Valvira styr och övervakar socialvården och folkhälsoarbetet i synnerhet när det är fråga om principiellt viktiga eller vittsyftande ärenden, ärenden som gäller flera regionförvaltningsverks verksamhetsområde eller hela landet, ärenden som har samband med andra tillsynsändamål som behandlas vid Valvira, eller ärenden som regionförvaltningsverket är jävigt att behandla.

Med tillsyn över verksamhetsenheter inom socialvården eller hälso- och sjukvården avses tillsyn över socialvård eller hälso- och sjukvård som de organisationer som fastställs i lagstiftningen ordnar eller producerar för klienter eller patienter. Tillsynen är till sin karaktär laglighetsövervakning och dess främsta syfte är att säkra att verksamheten uppfyller kraven enligt lagstiftningen. Den tillsyn som tillsynsmyndigheterna inom social- och hälsovården utför säkerställer och främjar genomförandet av organisationernas egen tillsyn. En organisation leder sin verksamhet och den har alltid själv det primära ansvaret för att följa upp och övervaka den verksamhet som den ansvarar för. Tillsynen främjar även rättsskyddet för de yrkesutbil-

dade personer inom hälso- och sjukvården som arbetar i organisationen i fråga.

Genom tillsynen och styrningen som hänger samman med den säkras och främjas kvaliteten på servicen samt klient- och patientsäkerheten. Syftet är att förebygga att omständigheter och praxis som äventyrar klient- och patientsäkerheten skapas. Styrningen kan också kallas förhandskontroll. Den inbegriper bland annat rådgivning, informerande, styrningsrelaterade besök hos verksamhetsenheter som övervakas och utbildningsverksamhet. Genom en väl fungerande styrning går det ofta att undvika att tillsynsmyndigheten genom tillsyn i efterhand eller på grund av förpliktelser måste ingripa i verksamheten vid en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården.

Organisationstillsynen av regionalförvaltningsverken och Valvira kan i praktiken fokusera på till exempel om organisationen har tillräckliga planer och instruktioner som säkerställer kvalitetsledningen och klient- och patientsäkerheten. Eller till exempel på om de utfärdade anvisningarna om förfaringsätt och instruktionerna uppfyller kraven enligt lagstiftningen. Tillsynen kan även fokusera bland annat på att genomförandet av läkemedelsbehandling eller hanteringen av klient- eller patientuppgifter är ändamålsenlig i organisationen, eller på tillgången till vård eller omsorg och andra frågor som rör klient- eller patienträttigheter, på att handläggningen av anmärkningar som klienter eller patienter lagt fram är ändamålsenlig eller till exempel på att säkerställa att personalen inom socialvården är behörig och att den yrkesutbildade personalen inom hälso- och sjukvården är kompetent och på frågor som rör arbetsfördelning.

#### *Metoder och påföljder inom tillsynen*

Valvira och regionförvaltningsverken kan vid behov göra inspektioner i lokaler hos producenter av socialservice och hos självständiga yrkesutövare och verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården. I 55 § i socialvårdslagen, 75 § i lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda, 42 § i folkhälsolagen, 51 § i lagen om specialiserad

sjukvård, 33 a § i mentalvårdslagen, 17 § i lagen om privat socialservice och i 17 § i lagen om privat hälso- och sjukvård ingår bestämmelser om inspektionerna. Enligt dessa bestämmelser kan verksamheten och de verksamhetsenheter och lokaler som används vid ordnandet av verksamheten inspekteras när det finns grundad anledning att förrätta en inspektion. Valvira kan dessutom av grundad anledning ålägga ett regionförvaltningsverk att förrätta en inspektion.

När brister eller andra missförhållanden som äventyrar klient- eller patientsäkerheten upptäcks i ordnandet eller genomförandet av verksamheten eller om verksamheten i övrigt strider mot lagstiftningen om den, kan Valvira eller regionförvaltningsverket meddela ett föreläggande om att bristen eller missförhållandet ska avhjälpas. Föreläggandet kan förenas med vite eller med hot om att verksamheten avbryts eller att användningen av en verksamhetsenhet eller en del av den förbjuds. Om patientsäkerheten så kräver, kan det även bestämmas att verksamheten omedelbart ska avbrytas, eller att användningen av en verksamhetsenhet eller del av enheten, eller av en anordning omedelbart ska förbjudas. Ett tillstånd som beviljats en privat socialservice- eller hälso- och sjukvårdsproducent kan även helt eller delvis återkallas vid väsentlig överträdelse av lag i verksamheten. Till följd av ett felaktigt förfarande eller en försummelse som Valvira eller ett regionförvaltningsverk konstaterat kan de i lindrigare fall ge en anmärkning till den organisation som ordnar eller genomför den berörda verksamheten eller till den person som ansvarar för verksamheten eller uppmärksamma den som övervakas på att verksamheten ska ordnas på ändamålsenligt sätt och att god förvaltningssed ska iakttas.

Tillsynsärenden kan anhängiggöras till exempel på grund av anmälningar eller klagomål som klienter eller patienter eller deras anhöriga har lämnat in, information som lämnats av andra myndigheter, anmälningar som lämnats in av apotek, yrkesutbildade personers arbetsgivare, chefer eller domstolar och på grund av att olika myndigheter begär utlåtanden. Valvira och regionförvaltningsverken kan även på eget initiativ åta sig att

utreda ett ärende. När det gäller klagomål innehåller de lagar som rör tillsyn bestämmelser om att Valvira och regionförvaltningsverken inte utan särskilda skäl undersöker sådana klagomål som gäller ärenden som är äldre än fem år. I den regeringsproposition som gäller ändring av förvaltningslagen (RP 50/2013 rd) har det föreslagits att tidsgränsen är två år.

Antalet tillsynsärenden som Valvira och regionförvaltningsverken handlägger inom hälso- och sjukvården har kontinuerligt ökat. År 2012 anhängiggjordes hos Valvira totalt 1 247 tillsynsärenden inom hälso- och sjukvården och 114 tillsynsärenden inom socialvården.

## **2.12 Nordens social- och hälsovårdssystem**

Nordens hälso- och sjukvårdssystem i förändring

Ansvar för att tillhandahålla tjänster inom hälso- och sjukvården i Norden håller på att överföras till tillhandahållare som har en större befolkning och vars ekonomiska bärkraft och kunnande är bättre än tidigare. Att tillhandahålla tjänster separeras från att producera tjänster och gruppen av serviceproducenter utvidgas och blir mångsidigare. Patienternas ställning och vårdens klientinriktning förbättras genom att öka klientens valfrihet. Transparensen ökas genom att leverera mer jämförbar information om kvaliteten på, tillgången till och kostnadseffektiviteten hos tjänsterna. Kvalitet och patientsäkerhet håller på att bli en viktig konkurrensfaktor.

Hälso- och sjukvårdsutgifternas andel av bruttonationalprodukten var enligt de sifferuppgifter för 2011 som OECD rapporterat 10,9 procent i Danmark, 9,3 procent i Norge, 9,5 procent i Sverige och 9,0 procent i Finland. I Danmark täcktes 85,3 procent, i Norge 84,9 procent och i Sverige 81,6 procent av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården med offentliga medel. Den motsvarande andelen för offentlig finansiering i Finland var mindre än i jämförelseländerna, nämligen 75,4 procent.

I internationella jämförelser är Norden i täten när det gäller effektivitet inom hälso- och sjukvården, särskilt om hälsoindikatorer av allmän karaktär används som mätare, som t.ex. prognostiserad livslängd och barndödlighet. Om granskningen begränsas till förväntade friska levnadsår, avviker Finland från övriga Norden med en sämre hälsoprogno.

Vid jämförelse av de nordiska sjukhusens produktivitet ligger Danmark, Norge och Sverige efter Finland. Skillnaderna har förklarats med bland annat lägre personalkostnader i Finland, olika principer för att beräkna kostnaderna och eventuella skillnader i forskningsverksamheten. Huruvida de producerade sjukhustjänsterna avviker från varandra när det gäller innehåll och kvalitet finns det inga klara bevis för.

I Norden har ansvaret för att ordna hälso- och sjukvård av tradition varit i samma händer som en stor del av tjänsteproduktionen. I Finland har kommunerna huvudansvaret för ordnandet och i Sverige har 20 landsting eller regioner huvudansvaret. Vid strukturreformen i Danmark 2005–2007 överfördes ansvaret för att ordna hälso- och sjukvård från 14 landskap (amter) till fem nya regionala

aktörer (regioner). Finansieringsansvaret har i huvudsak lagts på staten, men i viss mån även på kommunerna. Till följd av reformen av primärvården (2001) och sjukhusreformen (2002) i Norge har ansvaret för att ordna hälso- och sjukvård delats mellan staten och kommunerna. Staten finansierar och ordnar specialiserad sjukvård genom fyra regionala aktörer (regionale helseforetak). Kommunerna har ansvaret för att tillhandahålla primärvårdstjänster. Finansieringen av dessa tjänster har delats mellan kommunerna och staten.

Hälso- och sjukvårdssystemet i Sverige har inte genomgått likadana strukturella reformer som systemen i Danmark och Norge. Även om man redan nu i Sverige producerar hälsovårdstjänster utifrån avsevärt större befolkningsunderlag än i Finland, gjordes en omfattande utredning av en reform på regional nivå för några år sedan och man diskuterar fortfarande om det med jämna mellanrum. Samtidigt har det till följd av valfrihetsreformen inom primärvården 2010 skett förändringar i det tänkesätt som grundar sig på befolkningsunderlag. När reformen breder ut sig till den specialiserade sjukvården stärks effekterna av förändringen ytterligare.

Tabell 2. Ansvar för att ordna social- och hälsovård i Norden.

Land	Sverige	Norge	Danmark	Finland
Specialiserad sjukvård	20 landsting/regioner (+ 1 kommun)	4 regioner	5 regioner	320 kommuner (21 svd)
Primärvård	20 landsting/regioner (+ 1 kommun)	428 kommuner	5 regioner	320 kommuner
Socialvård	290 kommuner	428 kommuner	98 kommuner	320 kommuner

I jämförelse med övriga Norden har ansvaret för att ordna hälso- och sjukvård i Finland delats upp på exceptionellt många små aktörer. Detta gäller särskilt tjänsterna inom den specialiserade sjukvården. I både Finland och Norge ansvarar kommunerna för att tillhandahålla tjänsterna inom primärvården. I hela Norden har kommunerna ett centralt ansvar

för att tillhandahålla socialservice. Kommunstorleken i Danmark och Sverige är dock avsevärt större än i Finland.

#### *Danmark*

I Danmark genomfördes 2005–2007 en grundlig strukturreform av hälso- och sjuk-

vårdssystemet. Till följd av den överfördes huvudansvaret för att ordna hälso- och sjukvård från 14 landskap (amter) till fem regionala aktörer (regioner). Även om dessa har en regionalt utsedd politisk ledning, har de ingen beskattningsrätt, och för finansieringen av hälso- och sjukvården ansvarar till största delen staten.

Danmarks fem regioner ansvarar för ordnandet av både primärvård och specialiserad sjukvård och psykiatrisk sjukvård. Regionerna har också hand om tandvården och fysioterapi för vuxna. Till kommunernas uppgifter hör förebyggande vård, hälsofrämjande, tandvård för barn, skolhälsovård och hemsjukvård. Även förebyggande av komplikationer till följd av kroniska sjukdomar anses delvis höra till kommunernas uppgifter. För rehabilitering ansvarar i huvudsak kommunerna, men för krävande rehabilitering ansvarar regionerna.

En central strategi för att stärka kommunerna var att förstora kommunstorleken till minst 30 000 invånare eller alternativt att skapa samverkan mellan grannkommuner. Kommunfusionerna inleddes mycket snabbt 2006, och antalet kommuner minskade från 275 till 98. Det genomsnittliga invånarantalet i en enskild kommun är för närvarande cirka 55 000.

De väsentligaste dragen hos primärvården förblev oförändrade, men vissa ändringar gjordes. Danmark har redan länge tillämpat en primärvårdsmodell där läkarna är enskilda yrkesutövare. Efter reformen sluter yrkesutövare avtal med fem regionala aktörer. Kommunerna ansvarar för de tjänster som upprätthåller hälsan såväl på individnivå som på befolkningsnivå. För dessa syften förväntas kommunerna upprätthålla "hälsocentraler" (sundhedscentra) där man alltså fokuserar på att främja och upprätthålla hälsan och på rehabilitering och att förebygga sjukdomar (eller komplikationer hos personer med kroniska sjukdomar).

I samband med reformen av regionalförvaltningen gjordes betydelsefulla principiella förändringar i finansieringssystemet och beskattningen. Till de fem regioner som skapades gavs ingen självständig beskattningsrätt, utan staten och kommunerna finansierar

regionernas verksamhet. Regionerna får cirka 80 procent av sin budget av staten och 20 procent av kommunerna. Även andelen på 20 procent är medel som ursprungligen tilldelats kommunerna ur statsbudgeten. Största delen av den direkta statsfinansieringen beräknas utifrån befolkningsunderlaget i varje region, medan en mindre del kommer från aktivitetsbunden ersättning.

Kommunernas finansieringsandel av regionens utgifter kan variera enligt hur mycket varje kommuns invånare belastar sängplatserna inom den specialiserade sjukvården. I detta system är kommunerna förpliktade till att delfinansiera den specialiserade sjukvården för att de ska ha en tydlig motivation att hålla sin befolkning så frisk som möjligt. Kommunernas och primärvårdens möjligheter att påverka behovet av service inom den specialiserade sjukvården på kort eller lång sikt är dock inte obestridliga.

De inbesparingar som förväntades av totalreformen har ännu inte kunnat påvisas. I en uppföljningsrapport som publicerades våren 2013 konstaterades ett behov att ändra ersättningssystemet inom hälso- och sjukvården, så att det bättre stöder integrerad service. Det föreslogs att avtalspraxisen mellan regioner och kommuner samt yrkesutövare förnyas. Dessutom föreslogs det bland annat att yrkesutövarna inom primärvården ska följas upp bättre och att kvalitetsindikatorer ska användas i större utsträckning. Ändringarna i lagstiftningen trädde i kraft i början av hösten 2013.

I Danmark har man också fattat synliga reformbeslut om den specialiserade sjukvården. Man har beslutat att funktioner som kräver särskilda kunskaper ska sammanföras i nationellt färre och större enheter. Staten har reserverat ett avsevärt anslag (cirka 5,4 md euro) för att bygga om gamla sjukhus till moderna så kallade supersjukhus. Besluten om den regionala placeringen av supersjukhusen har fattats.

### *Norge*

I Norge genomfördes två omfattande reformer 2001–2002. Norges husläkarmodell (fastlegeordningen) gällde ansvaret för finan-

siering och ordnande av läkarvård inom primärvården. Norges sjukhusreform (sykehusreform, helseforetaksloven) innebar ett förstatligande av landets specialiserade sjukvård.

Som mål för reformen av primärvården uppställdes en bättre och jämnare kvalitet på, tillgång till och kontinuitet av läkarvården, utökning av patientens valfrihet och stärkande av patientens ställning. En ändamålsenligare användning av landets läkarresurser angavs också som ett centralt mål. Norges kommuner förpliktades att orda läkarvården inom primärvården genom avtal med privata yrkesutövare. Tidigare hade läkarna varit i den offentliga arbetsgivaren länets (fylken) tjänst, men genom reformen blev de yrkesutövare.

I sjukhusreformen 2002 övergick ansvaret för finansiering och ordnande av den psykiatriska specialiserade sjukvården från Norges län (fylken) till staten. I samband med reformen delades Norge in i fem – sedan 2004 fyra – regioner där statens regionala aktörer (regionale helseforetak) har ansvaret. Dessa ansvarar för att befolkningen i varje område får den service inom den specialiserade sjukvården som befolkningen behöver. Sjukhusen är de regionala aktörernas "dotterbolag" (lokale helseforetak), som kan bestå av ett eller flera sjukhus.

De regionala aktörerna fick i princip stor frihet att tillhandahålla tjänsterna de ansvarar för, men staten behöll som ägare möjligheten att styra deras verksamhet inte bara genom lagstiftning och budget utan också genom olika styrdokument och styrelsepåverkare. Särskilt i början förekom det problem med att fastställa lämpliga och rättvisa beräkningsgrunder för allokeringen av statens finansiering till regionerna. Finansieringen består av en kapitationsersättning som grundar sig på befolkningsunderlaget och av en prestationsbaserad ersättning. Cirka 40 procent av den somatiska specialiserade sjukvården ersätts på prestationsgrunder. Den psykiatriska vården ersätts i huvudsak på kapitationsgrunder. Även om sjukhusen självständigt ansvarar för personalen, verksamheten och ekonomin och de i princip kan

fatta stora ekonomiska beslut, så kan de ändå inte gå i konkurs.

Under de första åren efter att sjukhusreformen hade genomförts ökade utgifterna för den specialiserade sjukvården i Norge med cirka tre procent per år. Samtidigt ökade perioderna av sjukhusvård, där dagkirurgi inkluderas, med över fyra procent per år, vilket tydde på att den specialiserade sjukvårdens produktivitet förbättrades. Tillgången till service förbättrades och köerna blev kortare. De regionala skillnaderna i tillgänglighet mellan de tidigare 19 länen minskade inom gränserna för de nya regionerna, men skillnaderna utjämnades inte lika mycket mellan regionerna. I det nya systemet med två parter där staten ordnar den specialiserade sjukvården och kommunerna primärvården konstaterades så småningom problem. Till följd av detta började man bereda nästa lagstiftningsbaserade reform (samhandlingsreform), som inleddes från början av 2012.

### *Sverige*

Enligt hälso- och sjukvårdslagen i Sverige har de 20 landstingen, eller regionerna som är jämförbara med landstingen, ett befolkningsunderlag som varierar mellan knappt 200 000 och 2 000 000 invånare och huvudansvaret för att finansiera och ordna hälso- och sjukvården. Dessutom tillhandahåller Gotlands kommun tjänster (invånarantalet är 57 000). Varje landstings- eller regionförvaltning ansvarar för ordnandet av både primärvård och specialiserad sjukvård inbegripet mun- och tandvård. Kommunerna ansvarar bland annat för skolhälsovården och hemsjukvården och för socialtjänsten i sin helhet. Kommunerna ordnar äldreomsorg och serviceboende, men de tillhandahåller inte självständigt läkarvård för äldre utan ska avtala om dessa med landstingen.

Landstingen i Sverige är mycket självständiga. Den relativa autonomin bygger utöver på hälso- och sjukvårdslagen på bestämmelserna om kommunal självstyrelse i regeringsformen och kommunallagen. Dessa bestämmelser tillämpas alltså på både kommunerna och landstingen i Sverige. Enligt EU:s subsidiaritetsprincip ska besluten fattas nära med-

borgarna och denna lagstiftning anses stödja principen för kommunal självstyrelse.

Landstingen liksom kommunerna har självständig beskattningsrätt. Landstingsskatten är i snitt 10 procent för skattebetalarna och kommunskatten cirka 20 procent. I Sverige tillämpas ett utjämningsystem, enligt vilket de rikaste regionerna stöder ekonomin i de fattigare regionerna. Landstingens huvuduppgift är att ansvara för ordnandet av hälso- och sjukvård inom sin region. Kostnaderna för hälso- och sjukvården står för över 90 procent av verksamhetskostnaderna. Verksamheten finansieras med landstingsskatt, statliga bidrag och i viss mån klientavgifter. En del av de statsbidrag som betalas ut till landstingen är i relation till befolkningsunderlaget och kapitationsgrundade. Det största enskilda bidragsbeloppet grundar sig på ersättningarna för läkemedelskostnader. Under de senaste åren har en allt större del av statsandelarna blivit prestationsgrundade, vilket återspeglar statens växande behov av att styra det decentraliserade systemet mot en jämnare kvalitet och tillgänglighet.

Tidigare producerade landstingen själva största delen av de tjänster för vars tillhandahållande de ansvarar, men andelen utomstående producenter har fortgående ökat såväl inom den specialiserade sjukvården som inom primärvården under de senaste årtiondena. Orsaken till att producentkåren har blivit mångsidigare var i början de positiva förväntningarna på produktionskostnader, pris och kvalitet till följd av konkurrensen mellan producenter. Senare har problemen med tillgång till service väckt mycket politisk diskussion, och strävan att stärka patienternas ställning och öka medborgarnas valfrihet har understött utvecklingsförloppet där marknaderna har öppnats även för privata producenter och producenter inom den tredje sektorn.

Många landsting har redan sedan 1980-talet erfarenhet av att använda beställarutförarmodellen framför allt inom hälso- och sjukvården. Till följd av detta har även produktifieringen av servicen och utvecklingen av ersättningsförfaranden som bygger på olika principer kommit rätt långt. Många av landstingen har helt separerat beställar- och

utförarfunktionerna från varandra. Man har även aktivt strävat efter att utveckla och stärka beställarens roll, som även inbegriper finansieringsansvar, ansvar för att vården räcker till samt aktiv uppföljning. Inom Stockholmsområdet ansvarar en utomstående part för 30 procent av verksamheten, och nästan 60 procent av vårdcentralerna är privata. Man strävar efter att utvidga urvalet av service som omfattas av patienternas valfrihet till allt fler vårdområden. Auktoriseringen av de parter som erbjuder vård byggde till att börja med på relativt enkla kriterier, men främst kvalitetskraven har kontinuerligt preciserats.

Under de senaste åren har navet i hälsopolitiken i Sverige varit valfrihetsreformen i primärvården. Lagstiftningen om valfriheten trädde i kraft från början av 2010. Lagstiftningen om valfriheten förutsätter att lands- och regionerna godkänner primärvårdsproducenterna genom ett neutralt godkännandeförfarande, varefter patienterna kan välja den serviceproducent som passar patienterna bäst. Penningmedel följer patienten till den producent som patienten valt, och ersättningarna är desamma för alla producenter. Lagstiftningen ger möjlighet att tillämpa motsvarande valfrihetssystem även inom specialiserad sjukvård och socialservice, men inom dessa är förfarandet inte obligatoriskt.

#### Problem med integration av servicen

Varje nordisk modell för finansiering och ordnande har sina egna integrationsproblem, antingen mellan specialiserad sjukvård och primärvård eller mellan primärvård och socialservice. Särskilt äldre personer med många sjukdomar samt psykiatriska patienter och personer med missbruksproblem är grupper där bristfällig integration av servicen har orsakat stora problem. Även integration av hälsofrämjande i annan verksamhet har varit utmanande.

I Norge och Danmark har problemet varit att hälsofrämjandet, primärvården och den specialiserade sjukvården har separerats till följd av att två parter ansvarar för finansieringen och ordnandet. För att rätta till situationen trädde en omfattande lagstiftningsba-



serad reform, den s.k. samhandlingsreformen, i kraft från början av 2012 i Norge. Reformen medförde ändringar i lagstiftningen om kommunal social- och hälsovård och i Norges folkhälsolag. Genom ändringarna strävar man efter att förbättra hälso- och sjukvårdens funktion genom att öka kommunernas samordningsansvar och utveckla samarbetet inom primärvården i samma riktning som både socialservicen och den specialiserade sjukvården. Som grund för samverkan skulle kommunerna och de regionala aktörerna sluta särskilda samarbetsavtal. Genom reformen fick kommunerna även tilläggsfinansiering av staten och samtidigt delfinansieringsansvar för användningen av den specialiserade sjukvården. De första resultaten av uppföljningen av reformen var lovande. Även om färdigställandet av avgiftssystemet för fördröjd utskrivning från sjukhus försejades, minskade antalet patienter som väntade på utskrivning till nästan hälften under ett halvår. Reformen följs upp i Norges vetenskapsråds forskningsprogram.

I Danmark har man på senare tid lagt vikt vid tillhandahållandet av tjänster för äldre. Den ansvariga anordnaren är lokalnivån, dvs. kommunerna. Kommunerna fastställer de äldres servicebehov individuellt. Man har strävat efter att förbättra kvaliteten på äldre vården och lyft fram bedömningen av det enskilda vårdbehovet. Ett centralt mål är också att utveckla samarbetet mellan sjukhusvård och hemvård, så att utskrivningen av äldre från sjukhusvård sker smidigare än tidigare.

I fråga om primärvården har avtalsförhållandena för yrkesutövarläkare och villkoren för förfarandena väckt mycket diskussion. Man har även strävat efter att använda yrkesutövare, som har haft avtal med regionerna, inom hälsofrämjande (i kommunerna), rehabilitering och äldreomsorg. Det har tagit länge att enas om villkoren och ersättningsarna för verksamheten.

Styrkan hos hälso- och sjukvårdssystemet i Sverige ligger eventuellt i att samma huvudman, nämligen landstingen, har ansvaret för att tillhandahålla tjänsterna inom både primärvården och den specialiserade sjukvården. Till svagheter hos systemlösningarna i

Sverige kan man räkna den bristfälliga integrationen av servicen mellan socialtjänsten som kommunerna ansvarar för och landstingens hälso- och sjukvård. Detta är en direkt följd av att olika huvudmän – kommunerna och landstingen – har ansvaret för finansieringen och ordnandet. Integrationsproblemen har varit kända i årtionden, och de berör också i Sverige främst vården och omsorgen av äldre samt servicen för personer med psykisk ohälsa och personer med missbruksproblem. Problemen har dock inte uppfattats som så stora att man i Sverige skulle ha fört en allvarlig diskussion om att överföra ansvaret för finansieringen och ordnandet till en och samma anordnare. När man inom hälso- och sjukvården övergår till valfrihetssystem, strävar man efter att samtidigt utveckla servicens ersättningsförfaranden så att de så bra som möjligt stöder väl fungerande servicekedjor.

#### Nationell styrning i decentraliserade system

I väntan på en strukturreform har man i Sverige försökt att kompensera bristerna i hälso- och sjukvården genom stärkt statlig styrning. Exempel på att den statliga styrningen har stärkts är nationella verksamhetsplaner och -anvisningar samt benchmarking av vårdprocesser och uppnådda vårdresultat mellan landstingen/regionerna och sjukhusen. Staten stöder och styr också landstingens verksamhet genom olika

öronmärkta statsunderstöd ("stimulanspengar"). Staten har anvisat medel till att minska vårdköer, minska utskrivning av sjukledighet samt till äldreomsorg och rehabilitering. Även för att främja patientsäkerheten utdelas prestationsbaserad tilläggsfinansiering. Att utveckla och styra systemet samt stärka medborgarnas ställning anses kräva omfattande nationella jämförelseuppgifter om servicens kvalitet och effekt. Som grund för detta har man i Sverige ända sedan 1970-talet utvecklat systematisk uppföljning av vårdkvaliteten med hjälp av nationella kvalitetsregister. För närvarande har landet cirka hundra olika register för uppföljning av vården av olika patientgrupper. Landets specia-

listläkarföreningar har haft en central roll i utvecklingen av registren.

Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) ansvarar tillsammans för framtagandet av jämförelseuppgifter (Öppna jämförelser) om landsting/regioner och sjukhus. Även andra parter, som de privata serviceproducenterna (vårdföretagarna) och LIF (de forskande läkemedelsföretagen), har understött insamling, analys och rapportering av jämförelseuppgifter. En central strategi för utvecklingen och styrningen av vården är jämförelse av benchmarkingtyp och numera är även prestationsbaserade kvalitetsbonusar en central strategi. I jämförelse med dessa anses betydelsen av tillsyn och olika straffförfaranden vara begränsad. Från och med början av 2011 inledde ett nytt statligt verk (Vårdanalys) sin verksamhet. Det strävar efter att uppfylla särskilt patienters, klienters och skattebetalares informationsbehov. Med utgångspunkt i detta strävar man efter att skapa förutsättningar för att konsumenternas val – och därigenom även finansieringen – faller på service av hög kvalitet.

Utvecklingen av hälso- och sjukvården fokuserar i Sverige utöver på frågor som rör patientens valfrihet på vårdresultat och vårdkvalitet. Med stöd av betänkandet En nationell cancerstrategi för framtiden har man börjat koncentrera vården i regionala cancercentrum. Man utgår från att vård som ges i större enheter förbättrar vårdkvaliteten, utjämnar ojämlikhet mellan befolkningen i olika områden och fokuserar resurserna mer optimalt. Man antar att även en del av den övriga specialiserade sjukvården kommer att följa efter.

Staten har ingripit i integrationsproblem mellan social- och hälsovården bland annat genom att förnya tillsynsmyndigheternas verksamhet. Tillsynen över socialtjänsten, som bygger på socialtjänstlagstiftningen, överfördes från början av 2010 till Socialstyrelsen, som redan ansvarade för tillsynen över hälso- och sjukvården.

I Sverige är många olika myndigheter, vars arbetsfördelning inte alltid är tydlig (t.ex. Socialstyrelsen, Läkemedelsverket och SBU:s utvärderingar av och vårdanvisningar om teknologi), verksamma inom social- och

hälsovården. Dessutom har en och samma instans (t.ex. Socialstyrelsen) kunnat ha många olika ansvarsområden och funktioner: normering, utveckling, uppföljning, utvärdering och tillsyn. Detta har ansetts kunna leda till svårdefinierade situationer av jäv i myndighetsverksamheten. Mot bakgrund av detta lät regeringen utföra en utredning om olika myndigheters uppgifter och verksamhet inom hälso- och sjukvården.

Utredningen resulterade i ett förslag, som blev färdigt 2012, till att betydligt förenkla strukturerna i statsförvaltningen ("Gör det enklare"). Enligt förslaget ska tio tidigare myndigheter förena sina grundläggande uppgifter med utgångspunkt i typen av uppgifter och bli fyra myndigheter: en kunskapsmyndighet, en inspektionsmyndighet, en infrastrukturmyndighet och en s.k. strategimyndighet. Förslaget har inte genomförts i sin helhet, med det har lett till att bl.a. Folkhälsoinstitutet och Smittskyddsinstitutet har slagits ihop. På grund av uppgifter av annan karaktär separerades tillsynen över verksamheter inom socialtjänstområdet och hälso- och sjukvården från Socialstyrelsens övriga verksamhet till ett eget verk (Inspektionen för vård och omsorg, IVO) sommaren 2013.

Även i Danmark har man ansett det vara nödvändigt att utveckla uppföljnings-, utvärderings- och rapporteringssystemen med utgångspunkt i nationell utveckling och styrning. I Danmark har ansvaret för uppföljningen av hälsovårdstjänster delats upp mellan de olika nivåerna i hälso- och sjukvården. På nationell nivå ansvarar Sundhetsstyrelsen bland annat för förande av patientregistret och för drg-klassifikationen (diagnosis-related group). De fem regionerna i Danmark ansvarar för de nationella kvalitetsregistren och patientenkäterna, även om statsmakten ansvarar för finansieringen.

Uppgifterna om vårdkvaliteten utvecklas och utnyttjas bland annat i Danmarks nationella indikatorprojekt och i nättjänsten Sundhedskvalitet, vars syfte är att sprida medborgarinformation. Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS) ansvarar för det danska kvalitetssystemet för hälso- och sjukvården (Den Danske Kvalitesmodel)

och fastställer kvalitetskriterier och -standarder som grund för ackrediteringen.

Nationell uppföljning och styrning av kvaliteten på och effekten av hälso- och sjukvården har även utvecklats i Norge. Den nationella kvalitetsregisterverksamheten är inte lika långt utvecklad som i Danmark och Sverige, men under de senaste tio åren har man börjat föra ett tiotal register. År 2009 fick registercentrumet Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE), som finns i Tromsø och har till uppgift att upprätta nya register och att utnyttja befintliga uppgifter, i uppdrag att samordna kvalitetsregisterverksamheten. Staten har redan tidigare investerat i informationsstyrning genom det nationella kunskapscentrumet Nasjonalt Kunnskaps-senter for Helsetjenesten, som inledde sin verksamhet 2004. Centrumet tillhandahåller särskilt information som riktar sig till yrkesutbildad personal inom hälso- och sjukvården.

Man kan utgå från att regionala och sjukhusvisa variationer i tillgången till och kvaliteten på service inom Norges centraliserade statliga specialiserade sjukvård är lättare att hantera än till exempel i Danmarks och Sveriges system. Såvida stor variation förekommer, har staten bättre möjligheter att ingripa i serviceproduktionen än vad den kan ingripa i mer decentraliserade system. På motsvarande sätt kan man utgå från att det internationellt sett exceptionellt splittrade finländska hälso- och sjukvårdssystemet har ett mycket stort behov av att skapa en enhetlig nationell uppföljning och en styrning som bygger på denna för att undvika orimliga skillnader i tillgången till vård och kvaliteten på den.

### 2.13 Bedömning av nuläget

Servicestrukturen för social- och hälsovården

Vid ingången av 2013 finns det 304 kommuner i Fastlandsfinland som ansvarar för ordnandet och finansieringen av den offentliga social- och hälsovården till sina invånare. Den genomsnittliga befolkningsmängden för dem som bär ansvar är 15 000 invånare och storleken på en mediankommun är 6 000 invånare. Den decentralisering som genom-

fördes vid reformen i början av 1990-talet, som å ena sidan anpassade servicesystemet till lokala förhållanden och till kommunen som helhet och klargjorde det ekonomiska ansvaret, förorsakar å andra sidan allvarliga problem med tanke på styrningen av systemet, en jämn kvalitet på tjänsterna och kontrollbarheten av kostnaderna.

Som en följd av att reformeringen av den splittrade lagstiftningen har skett som delreformer och att finansieringen distribueras via flera kanaler är ansvaret för ordnandet delvis oklart och en deloptimering för att föra över finansieringsansvaret från en del av systemet till en annan medför en splittring av tjänsterna och en fördunkling av helhetsansvaret. När det gäller t.ex. kostnader för arbetsoförmåga så faller kostnaderna före och efter vård på en annan instans än kostnaderna för vården. Utvecklingen av företagshälsovården ökar tillgången på tjänster och deras åtkomlighet för den befolkning som arbetar och ökar därmed skillnaderna mellan de som arbetar och de som står utanför arbetslivet med tanke på möjligheterna att använda tjänsterna. I Finland finns det även geografiska områden som är större än kommuner som har svårt att finansiera och ordna sina tjänster.

Ett splittrat organisationsfält försvårar ledandet. En styrning på nationell nivå som är baserad på rambaserad regelstyrning och resursstyrning som inte är öronmärkt samt den informationsstyrning som kompletterar dessa tryggar i regel inte på ett tillräckligt sätt likvärdiga tjänster i en servicestruktur av nuvarande modell. De olikartade besluten inom social- och hälsovården försvårar helhetsstyrningen i synnerhet när det gäller tjänster för gemensamma klientgrupper. Styrning med inriktning på klienträttigheter sker i liten omfattning och med tanke på en del av tjänsterna är den mycket snäv.

Ett splittrat fält av anordnare med en finansiering som sker via många kanaler och svaga styrningsmöjligheter har lett till att de av servicesystemets delar som är starkare och har bättre förutsättningar att fungera har utvecklats kraftigare än de andra. Detta har medfört att skillnaderna mellan befolkningsgrupperna när det gäller användandet av häl-

so- och sjukvårdstjänster har blivit större och hälsoskillnaderna har ökat. Denna utveckling stöds ytterligare av de regionala problemen i olika delar av landet. I flera internationella utvärderingar har uppmärksamhet fästs på situationen. Ökningen av hälsoskillnaderna följer ökningen av ojämlikheten mellan medborgarna med tanke på välfärd och ökningen av inkomstskillnader. När det gäller socialvårdstjänsterna utvecklas det största behovet för sådana geografiska områden och verksamhetsområden till vilka det är svårt att få sakkunniga. Tillgången på t.ex. socialarbetare varierar områdesvis.

Situationen när det gäller den regionala strukturen för ordnandet av social- och hälsovårdstjänsterna har under en lång tid varit oklar och i praktiken ser den ramlag som reglerar kommun- och servicestrukturreformen ut att ha gjort situationen ännu mera oenhetlig, i synnerhet med tanke på socialvården. De enskilda kommunerna har av tradition haft ansvaret att ordna de centrala tjänsterna inom socialvården. Samarbetet mellan kommunerna vid ordnandet av tjänsterna har varit litet och samsamverksstrukturen när det gäller ordnandet av t.ex. specialtjänster har varit snäva. Genom ändringen av ramlagen (384/2011) skapades klarhet i ställningen för de sociala tjänsterna i reformen genom att kommunerna förpliktades att ordna tjänsterna i enlighet med strukturer som fyller kraven på befolkningsunderlag. Förpliktelsen har i någon mån stärkt förverkligandet av en enhetlig social- och hälsovård.

När det gäller hälso- och sjukvården har snarare den alltför starka specialistsjukvården setts som ett problem och ett fortgående tema har varit stärkandet av den basala nivån. Den nuvarande modellen har i synnerhet inom hälso- och sjukvården möjliggjort mycket olikartade lokala lösningar och samsamverksformer. Dessutom har kommunerna haft tillgång till serviceutbudet främst inom det egna sjukvårdsdistriktet, vilket även har motarbetat viljan att förnya servicestrukturen. Ramlagen har för sin del även medverkat till att det uppstått mycket konstgjorda och splittrade lösningar, ofta ledda av sjukvårdsdistrikten, där socialvårdens deltagande som samsamverkspartner är högst begränsat. De tillhan-

dahållare av tjänster som kan skapas på grundval av ramlagen är dessutom fortsatt förhållandevis små. En del av de kommuner som har svårt att trygga social- och hälsovårdstjänsterna för sina kommuninvånare lämnas i och med ramlagens grunder för undantag dessutom utanför projektet med kommun- och servicestrukturreformen.

Situationen med tanke på basservicen är på vissa områden högst att anses som tillfredsställande. Vårdtillgängligheten inom t.ex. primärvården ligger på en otillfredsställande nivå. Bara en fjärdedel av befolkningen bor i områden där de i icke brådskande fall kommer till läkarmottagning inom en tid som är kortare än två veckor. Nästan lika stor del av befolkningen bor i områden där väntetiden är över fyra veckor. Över en femtedel av befolkningen bor i områden där det åtminstone tidvis även är svårt att förverkliga målsättningen om rätt att få mun- och tandvård inom sex månader. Hälsovårdscentralerna har svårigheter att få sina läkartjänster fyllda. Antalet läkartjänster vid hälsovårdscentralerna i förhållande till befolkningens storlek och servicebehovet varierar avsevärt från område till område. Däremot har antalet läkare inom kommunernas sjukhusservice, i synnerhet inom specialistsjukvården, klart ökat. Även tillgången till specialistsjukvård måste förbättras med tanke på den brådskande vården. I och med att vården förverkligas enligt specialområde är patientens servicehelhet inte tillräckligt samordnad. På samma sätt kan inom vissa områden ses svårigheter att anställa specialistläkare och andra högkvalificerade arbetstagare.

Beroende av område är det svårt att få personal i synnerhet när det gäller läkare, tandläkare, socialarbetare och specialterapeuter, men även när det gäller vikarierande vårdpersonal. Inom den närmaste framtiden kommer det att inom vissa specialiteter, t.ex. psykiatri och patologi, vara synnerligen svårt att få tillräckligt med utbildade läkare.

Det har varit mycket förseningar vid utbetalningen av utkomststödet, vilket i huvudsak beror på resursbrist. Även när det gäller t.ex. barnskyddet finns det problem, å ena sidan på grund av att en socialarbetare ansvarar för skötseln av väldigt många barn och famil-

jers ärenden, och å andra sidan på grund av att det i alla kommuner inte finns tillräckligt kunskande och erfarna arbetstagare för skötseln av de mest krävande fallen.

Det otillräckliga samarbetet mellan olika sektorer och nivåer inom basservicen är även en klar svaghet. De offentliga tjänsterna fungerar dessutom systemcentrerat och klientens eller patientens roll i helheten behöver stöd.

Trots de problem och brister som konstaterats ovan är kvaliteten på tjänsterna inom den finländska social- och hälsovården dock förhållandevis god. Vid granskning av flera mätare, t.ex. vaccinerings täckning och hur screening förverkligas eller vården av cirkulationsrubbnings i hjärnan, klarar vi oss utmärkt vid internationell jämförelse. Dessutom är kostnaderna för systemet rimliga vid internationell jämförelse. I förhållande till bruttonationalprodukten är socialutgifterna 25,6 % och för hälso- och sjukvården används 8,3 %, vilket är medelnivå för OECD-länderna. I synnerhet specialistsjukvårdens produktivitet ligger på toppnivå vid internationell jämförelse.

Även befolkningen har varit ganska nöjd med social- och hälsovården. Av medborgarna anser nästan 90 % att den offentliga servicen är viktig, 79 % anser att socialservicen är viktig och två tredjedelar anser att den offentliga social- och hälsovårdsservicen fungerar mycket bra. (Medborgarbarometern 2009). Klienterna vid familjerådgivningarna och arbetsförvaltningens och kommunernas servicecentraler för arbetskraft uppskattar att servicen fås från ett verksamhetsställe så att det är lätt att uträtta ärenden. Vid den internationella jämförelsen av hälso- och sjukvårdstjänster har både primärvården och sjukhustjänsterna klarat sig bra.

En styrka i systemet är dessutom högt utbildad personal som man kan stöda sig på vid utvecklandet av lösningar för framtida behov.

Avsaknaden av ett helhetsansvar gör dock att klientprocesserna inte fungerar och att serviceanvändarna hänvisas från en lucka till en annan. Detta försvagar kostnadskontrollen, medför problem med tanke på öppenheten och insynen samt hindrar att bästa praxis sprids. Kontrollen av kostnadsökningarna försvåras av deloptimering och det slöseri

som sker i gränsområdena mellan organisationerna. På kommunnivå följer problem med förutsebarheten för kostnader på grund av ett litet finansieringsansvar och befolkningens varierande behov.

Den snabba förändringen i försörjningskvoten och åldersstrukturen medför förutom problem med kostnadskontrollen även behov av en kraftig ökning av dem som utför tjänsterna. I och med det ökade servicebehovet och pensioneringen av arbetstagarna behövs det en rejäl ökning av studerande inom branschen. Flyttningen inom landet förstärker den regionala befolkningsförändringen och orsakar t.o.m. plötsliga förändringar med tanke på försörjningskvoten och ordnandet av tjänster. Trots att antalet pensionerade kraftigt ökar i och med att befolkningen förväntas uppnå en högre ålder håller sig befolkningen längre frisk och bevarar sin funktionsförmåga. Servicebehovet under de sista levnadsåren ser dock inte ut att minska på individuell nivå och på grund av detta växer servicebehovet som helhet kraftigt.

#### Att främja hälsa och välfärd

I kommunernas och regionernas verksamhet har främjandet av hälsa och välfärd stärkts som ett strategiskt mål. Att hitta effektiva sätt att främja hälsa och etablera dem och att skapa bestående strukturer som främjar hälsa och välfärd kräver aktivt arbete.

I motiveringen till reformen av servicestrukturen inom social- och hälsovården konstateras att dess nuvarande splittrade servicestruktur och de svaga möjligheterna att leda och styra den är ett problem. Detta orsakar svagheter i likvärdigheten mellan tjänsterna och tillgången på dem vid behov och ökar ojämlikheten och skillnaderna i hälsa och välfärd mellan medborgargrupperna. Ett multiprofessionellt samarbete som främjar hälsa och välfärd kräver strukturer inom kommunens olika förvaltningsområden som möjliggör och stödjer ett gemensamt ansvarstagande och en arbetsfördelning i avsikt att nå välfärds målen. När basservicen och specialtjänsterna fungerar smidigt ihop underlättas beslutsfattandet och samarbetet. När det gäller t.ex. välfärdstjänsterna för barn, unga och

familjer, tjänster för äldre och tjänsterna inom missbrukarvården och mentalvården ingår inom många områden tjänster som främjar hälsa, förebygger och vårdar. Det främjande av hälsa och välfärd som kommunerna ansvarar för måste få tillräcklig tyngd i beslutsfattandet och lösningarna ska behandlas i samband med det beslutsfattande som gäller social- och hälsovård samt kommunens övriga beslutsfattande.

### Finansiering

De svaga samhällsekonomiska tillväxtutsikterna och åtgärderna för att anpassa statsfinanserna dämpar ökningen av skatteinkomsterna och statsandelarna. Befolkningen i arbetsför ålder minskar hela tiden i förhållande till pensionärerna och barnen. Den åldrande befolkningen leder samtidigt till att utgifterna ökar särskilt inom social- och hälsovårdssektorn. Kostnaderna för tjänsterna har stigit. Den kraftiga skuldsättningen torde fortsätta inom kommunekonomin, och samtidigt växer trycket på kännbara höjningar av kommunalskattesatsen och en ökning av det totala skatteuttaget. Skillnaderna mellan kommunerna ökar och den regionala jämlikheten är hotad.

Det behövs en servicestrukturförändring och den är nödvändig. Den måste också leda till kostnadsbesparingar.

### Utvecklingsverksamhet och strukturer

Det finns stora regionala skillnader i satsningen på utvecklingsverksamheten. Den integreras inte överallt tillräckligt i utvecklandet av serviceverksamheten.

Kompetenscentrumen inom det sociala området har sedan 2001 skapat och upprätthållit en rikstäckande regional samarbetsstruktur i syfte att främja baskompetensen och specialkompetensen inom det sociala området samt säkerställa specialservice och specialisttjänster som kräver specialkompetens och förutsätter samarbete på regional nivå inom det sociala området. Kompetenscentrumen har vid sidan av de regionala ledningsgrupperna för det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården fungerat som regio-

nala samordnare av utvecklingsprogrammet och samordnare av nätverken. Det nätverksbaserade och multiprofessionella arbetssättet har stött både forskningen och utvecklingen inom det sociala området och kontakten mellan forsknings- och utvecklingsverksamheten på det sociala området och andra områden. Kompetenscentrumen inom det sociala området har varit initiativtagare även när det gäller inledande av samarbete med utvecklingsenheterna för primärvården.

Institutet för hälsa och välfärd genomförde en kartläggning av utvecklingsverksamheten inom primärvården 2008–2009. I utredningen (Simo Kokko, Eija Peltonen & Virpi Honkanen: Perusterveydenhuollon kehittäminen suuntaviivoja. Raportti perusterveydenhuollon vahvistamistoimien suunnittelutyöstä. THL; Avauksia 13/2009.) konstateras att det i utvecklingsverksamheten inom primärvården redan under 2000-talet har uppstått flera olika aktörer och nätverk som det finns skäl att inom utvecklingsverksamheten ta i beaktande som strukturer som redan existerar eller är under utveckling. Dessa är ROHTO-centralens nätverk, universitetens allmänmedicinska inrättningar och de enheter för primärvård eller allmänmedicin som finns i vissa sjukvårdsdistrikt, yrkeshögskolorna, nätverket Akademisk hälsovårdscentral som samordnas av avdelningen för folkhälsovetenskap vid Helsingfors universitet, de större städernas egna utvecklingsenheter samt de serviceorganisationer som ska klassificeras som social- och hälsovårdsdistrikt (Päijänne-Tavastland, Östra Savolax, Södra Karelen och Kajanaland). I utredningen konstaterades att det inte saknas utvecklingsaktörer inom området för primärvård. Aktörerna har delvis bildat regionala nätverk och delvis har de sina egna särskilt formade nätverk. I nätverken deltar även många relativt självständigt agerande och starka aktörer ur servicestrukturen, städer och samkommuner. Som slutsats konstaterades att man i stället för att forma nya nätverk kanske borde utveckla tillvägagångssätt och tekniker för att trimma den aktivitet som redan finns till att fungera mera målinriktat än tidigare och även så att bra och fungerande lösningar och praxis kan

sprida sig både via nätverkens strukturer och till hela fältet för primärvård.

Det har ansetts att det praktiska genomförandet och verkställandet av kommun- och servicestrukturreformen bäst främjas och stöds genom programledning. När Kaste-programmet skapades var målsättningen att sammanställa den splittrade utvecklingsverksamheten inom social- och hälsovården och att bilda en förståelig och kontrollerbar helhet för styrningen av social- och hälsovården. Avsikten var att styrningen ska basera sig på klara och gemensamma målsättningar som definierats på riksnivå samt på tillräckligt konkreta tillvägagångssätt. Man hoppades att det nationella programmet för utvecklande även ur kommunernas synvinkel sett skulle leda till en bättre strukturerad helhet.

Kaste-programmet har visat sig vara ett lyckat verktyg för utvecklande. Målsättningen för programmet har bedömts träffa rätt, och genomförandet och de grundläggande strukturerna för organiseringen stödjer samarbetet mellan olika förvaltningsnivåer och regionala aktörer. Kaste-programmet har skapat helt nya nätverk för utvecklande och samarbete samt interaktion i synnerhet mellan kommunerna, men även mellan kommunerna och centralförvaltningen.

Regelsystemet för Kaste-programmet är ganska nytt och det fungerar bra. De regionala ledningsgrupperna grundar sig på specialupptagningsområdena och detta har upplevts som en lämplig storlek på området. De regionala ledningsgrupperna har blivit mycket viktiga som primus motor för den regionala utvecklingsverksamheten inom social- och hälsovården. Samarbetet mellan de regionala ledningsgrupperna och aktörerna på riksnivå har fungerat bra och kontakterna är täta.

En av Kaste-programmets mest anmärkningsvärda styrkor anknyter till partnerskapet mellan aktörerna vid genomförandet. I synnerhet inom fem Kaste-områden har ledningsgruppernas verksamhet visat sig vara betydande som en ny form av social nätverksbildande innovation för aktörerna i dessa områden. De regionala ledningsgruppernas mest betydande uppgift har varit att samordna omfattande Kaste-projekt och sprida de nya verksamhetsmodeller som utvecklats i

dem. Under programperioden har rollen för de regionala ledningsgrupperna utkristalliserat sig och utvecklat sig i riktning mot en roll som strategisk vägvisare för regionen. Ett utvecklande av de regionala ledningsgruppernas verksamhet i denna riktning kräver även ett större insamlade av kunskapsunderlag för uppföljning som gäller den utvecklingsverksamhet som sker i andra områden och kunskap om situationen för social- och hälsovårdstjänsterna när det gäller hela kommunfältet.

Utvecklingsfinansiering från olika håll och forskning måste även fås bättre som stöd för programmet. Problematiskt har bl.a. ansetts vara att det statsunderstöd som beviljats för utvecklingsprojekt inte har kunnat användas till forskning. Detta har försvårat universitetens och högskolornas deltagande i samarbetet.

#### Undervisnings- och forskningsverksamhet

Bestämmelserna om undervisnings- och forskningsverksamhet inom social- och hälsovården är olika och betoningen i dem avviker från varandra. För närvarande finns ingen särskild statsandel avsedd för ordnande av undervisnings- och forskningsverksamhet inom socialvården. När det gäller ansvaret för att ordna specialtjänster inom socialvården saknas motsvarande bestämmelser som för specialupptagningsområdena inom hälsovården.

Social- och hälsovårdsministeriet har i enlighet med regeringsprogrammen inlett en utredning om universitetsnivå för den yrkesutbildade personalen inom hälso- och sjukvården, i huvudsak när det gäller ersättande av utbildning efter avlagd examen. Dessutom utreds ställningen för EVO-finansieringen när det gäller utvecklande av den forskning på universitetsnivå som gäller socialsektorn. För närvarande finns det inte behov av att utreda finansieringen av den hälsovetenskapliga forskningen på universitetsnivå, eftersom inriktningen av finansieringen och grunderna för betalning av ersättning nyligen har förnyats i samband med beredningen av hälso- och sjukvårdslagen.

### 3 Målsättning och de viktigaste förslagen

#### 3.1 Målsättning

Ordnandet av social- och hälsovården baserar sig även i fortsättningen i enlighet med statsminister Jyrki Katainens regeringsprogram på kommunernas verksamhet. Till antalet är den största delen av Finlands kommuner små, kommunernas medianstorlek är cirka 6 000 invånare, dvs. hälften av kommunerna är mindre än så. De minsta kommunerna har under 1 000 invånare. Därför ska social- och hälsovården ordnas som samarbete mellan kommunerna. Samarbete mellan kommunerna möjliggör även att all service ordnas täckande av samma kommunala organisation. Verksamheten och tjänsterna inom socialvården och hälsovården kan då bäst genomföras på ett sätt där klienternas och patienternas olika servicebehov sammanförs. Samtidigt är det möjligt att planera och genomföra tjänsterna på ett sätt som för klienten inte medför en problematisk brist på service.

Social- och hälsovårdstjänsterna ska ordnas för dem som behöver dem. Därför är målsättningen att ordna och producera tjänster på ett klientorienterat sätt samt med god kvalitet och kostnadseffektivt. Genom reformen förbättras befolkningens jämlika möjlighet att få rättidiga och ändamålsenliga tjänster, tjänste- och vårdkedjornas funktion stärks, onödiga överlappande funktioner minskas och gränstängslan mellan förvaltningsområdena avlägsnas. Samtidigt tryggas kommuninvånarnas rätt till närtjänster.

Enligt de utredningar som anknyter till beredningen av strukturreformen är ett av de viktigaste sätten att åtgärda bristen på tjänster samt ojämlikhetsproblemet att ansvaret för att ordna de splittrade social- och hälsovårdstjänsterna i största möjliga omfattning integreras i samma helhet både när det gäller basservicen och tjänsterna på specialnivå. Detta kräver att bärkraften kraftigt stärks för de aktörer som ansvarar för ordnandet.

Ett så omfattande ordnande som möjligt av socialvården, primärvården och specialtjänsterna till en ansvarig instans, dvs. integration,

grundar sig på att på detta sätt är det möjligt att bäst trygga klienternas och patienternas tillgång på tillräckliga och högklassiga samt rättidiga tjänster. Ordnande av tjänsterna av en ansvarig instans innefattar både horisontell integration (tjänster inom socialvården och tjänster inom hälso- och sjukvården) och vertikal integration (basservice och specialtjänster). En så omfattande integration som möjligt säkerställer bäst att de olika aktörerna har förutsättningar att bära ansvar för helheten samtidigt som de, som för närvarande, inte har någon sporre att föra över klienter och patienter från en ansvarig aktör till en annan.

Det är centralt att uppnå en omfattande vertikal integration vid reformen eftersom i dagsläget har den olika ställningen för specialsjukvården som sjukvårdsdistriktet svarar för och basservicen som kommunerna svarar för i förhållande till kommunernas beslutsfattande kunnat leda till ökade resurser för den specialsjukvård som sker på samkommunernas försorg och till besparingar med tanke på primärvården och socialvården. Ett brett samlande av social- och hälsovårdstjänsterna till samma organisation som bär ansvaret och har samma ledning och gemensam budgetering styr reformlösningen till att den som bär ansvaret har en stark grund för att utveckla samtliga delar av servicehelheten både när det gäller verksamheten och med tanke på en jämlik fördelning av resurserna.

Syftet med den integrerade servicestrukturen är dessutom att möjliggöra en verkningsfull och kostnadseffektiv användning av de befintliga resurserna. Hållbarhetsunderskottet i den offentliga ekonomin kräver att de tjänster som finns används fullt ut. Genom att ansvaret för att ordna tjänsterna definieras att gälla ett större område än för närvarande kan tjänsterna planeras och genomföras på ett sätt som beaktar både glesbygden och tätorternas perifera områden samt tätorterna. Vid genomförandet av tjänsterna är tillgången på yrkesskicklig personal och kostnaderna för denna den mest betydelsefulla faktorn. I ett servicesystem som förverkligas utgående från ett brett befolkningsunderlag är det lättare möjligt att upprätthålla och genomföra tjänster än vad det är med tanke på ett litet



område, där tillgången på tjänster inom socialvården eller tjänster av yrkesutbildad personal inom hälso- och sjukvården i enlighet med det lokala behovet fås endast några dagar i veckan eller i månaden.

Möjligheten att ordna och förverkliga tjänster på olika sätt är nödvändigt både med tanke på ekonomiska och på klienternas och patienternas behov. Till exempel inverkar den åldrande befolkningen och flyttningen inom landet på olika sätt på behovet av tjänster. Genom att tjänsterna ordnas utgående från ett bredare befolkningsunderlag än för närvarande är det även möjligt att balansera upp utveckling och inverknings av olika riktning.

I samband med reformen bör det observeras att de strukturella reformerna endast skapar grunden för en jämlik utveckling av verksamheten i hela landet. Den löser inte alla problem när det gäller genomförandet av tjänster. Som fortsättning på strukturreformen krävs funktionell utveckling, så att de tjänster som människorna behöver kan tryggas kvalitativt i fortsättningen. Den lagstiftning som gäller social- och hälsovård ska vara sådan att den inte oändamålsenligt styr ordnandet och användandet av tjänster, t.ex. när det gäller avgiftspolicyn. Den medicinska utvecklingens styr också ordnandet av tjänster och utvecklandet; patienterna styrs till specialistsjukvård och till dyrare tjänster och främjande av hälsa och välfärd får mindre uppmärksamhet.

### 3.2 Alternativ för genomförandet

Tjänsterna inom social- och hälsovården kan ordnas på flera olika sätt. I enlighet med vad som konstaterades i kapitel 2.12 där modellerna i de andra nordiska länderna beskrivs har varje land sitt eget system. Dessutom avviker alla dessa från den kommunbaserade modellen i Finland.

I Finland har en reform av servicestrukturen för social- och hälsovården utretts i flera olika sammanhang under de senaste tio åren. Nedan granskas kort de nyaste utredningarna och de alternativ som behandlats i dem.

Den arbetsgrupp som social- och hälsovårdsministeriet tillsatte 2010 drog upp nio

olika riktlinjer för strukturen och gjorde dessutom upp olika finansieringsmodeller. Utgående från dessa framförde arbetsgruppen i sin promemoria (SHM rapporter och promemior 2011:7) tre alternativa modeller. En av dessa grundar sig på nuvarande kommunstruktur och de två andra modellerna på en situation där det finns klart färre och större kommuner än för närvarande. Den modell som grundar sig på nuvarande kommunstruktur har 20–50 kommuner eller områden som ansvarar för den basala nivån och 5 områden som ansvarar för specialnivån. Om kommunerna hade varit ca 30–50 så hade de enligt förslaget kunnat ordna tjänsterna på basal nivå. Även i det fallet ansvarar fem specialupptagningsområden för specialtjänsterna. I den tredje modellen är antalet kommuner under 20. Då ansvarar de för social- och hälsovården i sin helhet. Arbetsgruppen granskade dessutom olika alternativ för finansieringen av verksamheten.

Den arbetsgrupp som tillsattes 2012 hade till uppgift att bereda ett förslag till servicestruktur för social- och hälsovården och en lag om ordnande, finansiering, utveckling och övervakning av social- och hälsovården. I sin mellanrapport granskade arbetsgruppen tre olika modeller. I sin slutrapport (SHM rapporter och promemior 2012:30) föreslog arbetsgruppen en ny integrerad servicestruktur med två nivåer, som skulle bestå av en bredare basal nivå inom social- och hälsovården jämfört med nuläget vilken kompletteras av en gemensam specialupptagningsnivå inom social- och hälsovården. Arbetsgruppen konstaterade dessutom att det behövs ett tillräckligt befolkningsunderlag och tillräckliga produktionsvolymerna på den basala nivån inom social- och hälsovården för att kvaliteten på tjänsterna och säkerheten ska kunna tryggas. Tillräckliga befolkningsunderlag för tillhandahållare av tjänster utgör en grund för ett nationellt jämnt servicesystem.

Enligt arbetsgruppens synpunkt bör ett tillräckligt befolkningsunderlag för ordnande av social- och hälsovården beroende av bärkraftsfaktorer vara minst 50 000–100 000. Andra bärkraftsfaktorer är tillhandahållarens finansiella hållbarhet och stabilitet, trygghan-

de av kompetensen, personaltillgång och personalens tillräcklighet samt infrastruktur. Arbetsgruppen framlade inte någon uträkning över hur många områden som uppstår utgående från de nämnda kriterierna. Arbetsgruppen föreslog dessutom att fem specialupptagningsområden ska grundas inom social- och hälsovården, vars uppgifter ska omfatta arbetsfördelnings-, samordnings-, planerings- och myndighetsuppgifter samt en skyldighet att avtala om de nationellt fastställda krävande tjänsterna på specialiserad nivå och säkerställa tillgången på dessa tjänster. Specialupptagningsområdenas befogenheter baseras på lagstiftningen.

För att komplettera beredningen av den ovan nämnda arbetsgruppens arbete tillsatte social- och hälsovårdsministeriet i november 2012 en grupp med utredningspersoner för att utreda lokala skillnader och särdrag samt språkliga förhållanden i Finlands kommuner. Gruppen med utredningspersoner framförde i sin rapport (SHM rapporter och promemorior 2013:7) att ansvaret för att ordna social- och hälsovården bör flyttas från kommunerna till social- och hälsovårdsområden. Samtidigt ska sjukvårdsdistrikten och samkommunernas specialomsorgsdistrikt för utvecklingsstörda avvecklas och verksamheten omorganiseras. Finland ska utgående från förslaget då ha 34 social- och hälsovårdsområden eller kommuner, som ansvarar för ordnandet av nästan alla social- och hälsovårdstjänster. Utöver social- och hälsovårdsområden föreslog utredningspersonerna fem specialupptagningsområden inom social- och hälsovården, som ska sköta uppgifter som stödjer och samordnar den omfattande basala nivån samt forskning och utbildning. Universitetssjukhusen ska även i fortsättningen ansvara för produktionen av och kompetensen inom den mest krävande vården inom de fem områdena. Inrättandet av gemensamma specialupptagningsområden inom social- och hälsovården förbättrar i synnerhet situationen för specialtjänsterna inom socialvården. Inom socialvården är det för närvarande i huvudsak kommunerna som ansvarar även för ordnandet av specialtjänster och det är stora problem med tillgången på dessa tjänster.

Statsminister Jyrki Katainen tillsatte i april 2013 en samordningsgrupp för att utgående från regeringens rambeslut för 2014–2017 bereda riktlinjerna till en grundlösning för social- och hälsovården. I maj 2013 presenterade samordningsgruppen enhälligt riktlinjer för utformningen av servicestrukturen för social- och hälsovården för det nya kommunfältet.

Enligt riktlinjerna är utgångspunkten att alla tjänster ordnas heltäckande av social- och hälsovårdsområden. Ansvaret för ordnandet inom social- och hälsovårdsområdet genomförs i huvudsak genom en modell med ansvariga kommuner. En ansvarig kommun svarar för att ordna alla kommunala social- och hälsovårdstjänster för de kommuner som hör till området. Undantag från denna huvudregel är rätten för kommuner med ca 20 000–50 000 invånare att ordna tjänster på basal nivå. Enligt riktlinjerna är utgångspunkten för metropolområdet i enlighet med den allmänna regeln att social- och hälsovårdsområdet bildas så att den ansvariga kommunen är en kommun med minst 50 000 invånare. Med utgångspunkt i den kommunstruktur som bildas fastställs på basis av förhandlingar med kommunerna särskilt hur social- och hälsovårdsområdena ska bildas så att de utgör ändamålsenliga helheter vad gäller både genomförandet av social- och hälsovården och samhällsstrukturen.

Enligt samordningsgruppen linjedragning finns det dessutom fem specialupptagningsområden inom social- och hälsovården med uppgifter inom både hälso- och sjukvården och socialvården. Specialupptagningsområdena inom social- och hälsovården är juridiska personer som enligt lag har rätt och skyldighet att fatta bindande beslut i ärenden som hör till deras behörighet. Specialupptagningsområdena har ingen skyldighet att ordna tjänster. Specialupptagningsområdenas centrala uppgifter är i enlighet med linjedragningen att trygga likabehandlingen i synnerhet när det gäller centraliserade tjänster som kräver samarbete mellan social- och hälsovårdsområdena, att undvika överlappningar och kapprustning samt identifiera luckor i tjänsterna, styra resurserna på ett ändamålsenligt sätt samt samordna den regi-

onala forskningen, utvecklingen och undervisningen.

Förutom de alternativ som konstaterats ovan har en möjlighet varit att fortsätta i enlighet med nuvarande modell, där ansvaret för social- och hälsovårdstjänsterna i regel ligger på kommunerna samt på de kommunförbund som grundar sig på lag (specialsjukvård och specialomsorger för utvecklingsstörda). Enligt den nuvarande modellen ska socialvården och primärvården med ramlagen som grund ordnas i samarbetsområden med minst 20 000 invånare.

Social- och hälsovårdsministeriets arbetsgrupper har framfört att ansvaret för att ordna social- och hälsovården borde ligga på färre aktörer än för närvarande. Enligt den nuvarande modellen ansvarar cirka 200 aktörer för ordnandet. En del av de förslag som granskats har baserat sig på tanken om att antalet kommuner minskar avsevärt jämfört med dagsläget, eventuellt till cirka 50 eller till och med cirka 20 kommuner. En så anmärkningsvärd minskning av antalet kommuner kan dock inte skönjas för tillfället. Därför baserar sig den förnyade servicestrukturen för social- och hälsovården även i fortsättningen någotsånär på den rådande kommunstrukturen.

I denna situation består alternativen därmed närmast av den rådande servicestrukturen, förslaget från social- och hälsovårdsministeriets grupp med utredningspersoner vars arbete grundar sig på servicestrukturgruppens förslag eller en tredje modell som kombinerar olika beredningsalternativ. En sådan tredje modell är det förslag från samordningsgruppen som nämns ovan, enligt vilket ansvaret för ordnandet i huvudsak faller på landskapens huvudorter och de social- och hälsovårdsområden som grundar sig på kommuner med över 50 000 invånare samt delvis på områden med basal social- och hälsovård.

Eftersom ansvaret för att ordna social- och hälsovården enligt nuvarande lagstiftning på många sätt visat sig vara sårbart har som alternativ kvarstått förslaget från gruppen med utredningspersoner och förslaget från samordningsgruppen.

Enligt utredningspersonernas förslag ansvarar 34 social- och hälsovårdsområden i huvudsak och 5 specialupptagningsområden delvis för ordnandet. Befolkningsunderlaget i områdena enligt förslaget varierar från 22 000 till 614 000 invånare. I den största delen av områdena är befolkningsunderlaget 100 000–300 000 invånare. I modellen finns 15 områden med under 100 000 invånare.

Förslaget från samordningsgruppen utgår från de social- och hälsovårdsområden som bildas av huvudorterna i landskapen och kommuner med över 50 000 invånare på så sätt, att inom en pendlingsregion kan det finnas endast ett social- och hälsovårdsområde. Inom huvudstadsregionens metropolområde kan social- och hälsovårdsområden dessutom fastställas avvikande från huvudregeln. Med nuvarande kommunstruktur blir det 20 social- och hälsovårdsområden, om det inom metropolområdet finns endast ett social- och hälsovårdsområde. Kommunammanslagningar och de ytterligare social- och hälsovårdsområden som eventuellt bildas inom metropolområdet kan leda till flera områden än så, men 30 torde kunna anses vara maximalt antal områden. Befolkningsunderlaget för varje social- och hälsovårdsområde enligt dessa kriterier är över 50 000 invånare.

Förslaget från samordningsgruppen möjliggör dessutom att områden med basal social- och hälsovård bildas. Sådana kan bildas av kommuner med minst 20 000 invånare, om de uttryckligen själva vill bilda ett område med basal social- och hälsovård. I ett område med basal social- och hälsovård kan även ingå mindre kommuner som hör till pendlingsregionen eller den funktionella enheten för en kommun med över 20 000 invånare. Även för dessa är utgångspunkten att kommunen själv beslutar om den förutom till social- och hälsovårdsområdet även vill höra till ett område med basal social- och hälsovård.

De nämnda modellerna har båda på sitt eget sätt två nivåer. Förslaget från gruppen med utredningspersoner har i sin helhet två nivåer, eftersom ordnandet av tjänsterna motsvarar social- och hälsovårdsområden och med tanke på tjänsterna på specialnivå speci-

alupptagningsområden. Samordningsgruppens förslag är ett system i en nivå om kommunen endast hör till ett social- och hälsovårdsområde. Om kommunen även hör till ett område med basal social- och hälsovård ordnas basservicen av området med basal social- och hälsovård och de övriga tjänsterna av social- och hälsovårdsområdet. Till denna del har modellen två nivåer.

Eftersom utgångspunkten för samordningsgruppens modell är förslaget från gruppen med utredningspersoner om bredare social- och hälsovårdsområden, som ordnar samtliga social- och hälsovårdstjänster, har beredningen av reformen genomförts i enlighet med den. I social- och hälsovårdsområden enligt modellen förverkligas både den horisontella och den vertikala integrationen. Detta kan dock slå sönder områdena med basal social- och hälsovård. När betydelsen av områdena med basal social- och hälsovård bedöms bör det beaktas att de kan genomföras endast om kommunerna själva vill det. Dessutom är de kommuner som hör till ett område med basal social- och hälsovård även med i ett område för social- och hälsovård och deltar i beslutsfattandet där. Detta möjliggör att det vid genomförandet av dessa kommuners tjänster rätt långt är möjligt att även genomföra en vertikal integration.

Här bör det dessutom beaktas att område med basal social- och hälsovård i huvudsak endast kan bildas inom avgränsade områden och som mest kan de vara cirka 30. Därför kommer huvuddelen av befolkningen att bo i kommuner där tjänsterna helt och hållet genomförs integrerat.

En närmare beskrivning av den modell som grundar sig på samordningsgruppens förslag finns i kapitel 3.3.

### 3.3 De viktigaste förslagen

Ansvar för att ordna social- och hälsovården

I den reform som ska genomföras är utgångspunkten att alla tjänster ordnas heltäckande av social- och hälsovårdsområden. Varje kommun ska höra till ett social- och hälsovårdsområde. Områdena bildas i huvudsak

runt huvudorterna i landskapen. I landskapen finns det 18 huvudorter.

Inom ett social- och hälsovårdsområde följer ansvaret för att ordna tjänster i regel den så kallade modellen med ansvarig kommun. Ansvariga kommuner är huvudorterna i landskapen. Även kommuner med över 50 000 invånare, som är centralkommuner för ett pendlingsområde och som har tillräcklig bärkraft, kan vara ansvariga kommuner. Dessutom kan andra kommuner med minst cirka 50 000 invånare ordna social- och hälsovårdstjänster för sina egna invånare om de är tillräckligt bärkraftiga. I stället för modellen med ansvariga kommuner kan på beslut av kommunerna även en samkommun ansvara för social- och hälsovården, om invånarantalet i den eventuella ansvariga kommunen är under hälften av invånarantalet i hela området och kommunerna i området, inklusive den eventuella ansvariga kommunen, beslutar det.

En ansvarig kommun för ett social- och hälsovårdsområde har ansvar för att ordna social- och hälsovårdstjänsterna för de kommuner som hör till området. Den ansvariga kommunen har ett organ (nämnd) som via den myndighet för social- och hälsovård som är underställd organet enhetligt ordnar tjänsterna för alla invånare som hör till området, även för den ansvariga kommunens egna invånare.

Ett undantag från denna huvudprincip är att kommuner med minst 20 000 invånare har rätt att ordna tjänster på basal nivå för sina invånare och i vissa fall också för kommuner med under 20 000 invånare som hör till samma funktionella helhet. Förvaltningen för ett område med basal social- och hälsovård ordnas alltid enligt principen om ansvarig kommun, och den genomförs enligt samma principer som när det gäller förvaltningen för ett social- och hälsovårdsområde.

Kommuner med mindre än 20 000 invånare hör i enlighet med det som nämnts ovan alltid till något social- och hälsovårdsområde. Kommuner med mindre än 20 000 invånare har även möjlighet att ingå i ett område med basal social- och hälsovård om kommunen hör till pendlingsregionen för en ansvarig kommun i ett område med basal social- och

hälsovård, ett område med gemensam samhällsstruktur eller någon annan funktionell helhet.

I enlighet med det som nämnts ovan har endast den ansvariga kommunen för ett social- och hälsovårdsområde eller ett område med basal social- och hälsovård eller en samkommun ansvar för att ordna social- och hälsovårdstjänster och därtill ansluten rätt att besluta hur social- och hälsovårdstjänsterna ska ordnas.

Med ansvar att ordna avses rättsligt och finansiellt ansvar för att de uppgifter som ingår i ansvaret fullgörs på det sätt som lagstiftningen förutsätter. I samband med social- och hälsovårdsreformen revideras begreppet ansvar för att ordna så att dessa två sidor av ansvaret särskiljs från varandra. Alla kommuner ansvarar för finansieringen av de lagbestämda social- och hälsovårdstjänsterna. Det ansvar som däremot gäller att tjänsterna ordnas på det sätt som förutsätts i lagstiftningen ankommer på de ansvariga kommunerna för social- och hälsovårdsområdena eller samkommunerna och delvis även på de ansvariga kommunerna för områden med basal social- och hälsovård. De kommuner som bär det finansiella ansvaret deltar emellertid i förvaltningen i den kommun eller samkommun som ansvarar för ordnandet av tjänsterna.

I ansvaret för att ordna tjänster ingår ingen skyldighet att själv producera eller genomföra de tjänster och den verksamhet som ansvaret omfattar. Den ansvariga kommunen eller samkommunen kan ordna tjänster i samarbete med andra ansvariga kommuner eller samkommuner och även köpa dem av enskilda tillhandahållare av tjänster eller av aktörer inom den tredje sektorn.

Om en kommun eller kommuner som hör till ett social- och hälsovårdsområde har bildat ett område med basal social- och hälsovård fördelas ansvaret för att ordna tjänster mellan områdena. De uppgifter som ingår i ansvaret för ordnandet när det gäller områden med basal social- och hälsovård definieras i lagen om ordnandet av social- och hälsovården. För socialservicens del är dessa den allmänna socialservice som nämns i 17 § 1 mom. 1–7 punkterna i socialvårdslagen. Så-

dan service är 1) socialarbete, 2) rådgivning i uppfostrings- och familjefrågor, 3) hemservice, 4) boendeservice, 5) anstaltsvård, 6) familjevård, 7) verksamhet i sysselsättnings-syfte för handikappade och arbetsverksamhet för handikappade. Stödet för närståendevård är jämförbart med allmän socialservice enligt 17 § i socialvårdslagen, varför ett område med basal social- och hälsovård även ansvarar för att ordna dessa tjänster. Den uppgiftshelhet det bestäms om i äldreomsorgslagen (980/2012) hör även den till ansvaret för ett område med basal social- och hälsovård, eftersom ansvaret för att ordna de social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster som största delen av de äldre behöver finns där.

Förutom de socialvårdstjänster som nämns ovan ansvarar ett område med basal social- och hälsovård för ordnandet av primärvården. Dessutom kan social- och hälsovårdsministeriet bevilja den ansvariga kommunen för området rätt att ordna vissa tjänster inom specialistsjukvården.

Ansvaret för ordnandet bestäms enligt lagen om ordnandet av social- och hälsovården. Det samma gäller fördelningen av ansvaret mellan social- och hälsovårdsområden och områden med basal social- och hälsovård. Områdena kan inte sinsemellan komma överens om en annan fördelning av ansvaret. Däremot kan de komma överens om produktionen av tjänster.

Tjänsterna ska ordnas för alla invånare i de kommuner som hör till ett social- och hälsovårdsområde och ett område med basal social- och hälsovård så att jämlikheten enligt grundlagen uppfylls. Detta betyder också att den regionala tillgången på tjänster och tjänsternas tillgänglighet tryggas. För att trygga närtjänsterna ska områden med basal social- och hälsovård och social- och hälsovårdsområden utarbeta planer för hur tjänsterna ska genomföras.

### Specialupptagningsområden

Enligt lagförslaget är rollen och uppgifterna för specialupptagningsområdena väsentligt annorlunda med tanke på de specialupptagningsområden som för närvarande ansvarar för ordnandet av högspecialiserad sjuk-

vård. Specialupptagningsområdena har enligt förslaget uppgifter både inom socialvården och hälso- och sjukvården. De har inte ansvar för att ordna tjänster, utan de ansvarar inom sitt eget område för styrningen, planeringen och samordningen av verksamheten inom social- och hälsovården.

Specialupptagningsområdena inom social- och hälsovården är juridiska personer i form av samkommuner som bildas av social- och hälsovårdsområdena och som har bindande beslutanderätt i ärenden som ingår i deras befogenhet. Högsta beslutanderätt inom ett specialupptagningsområde utövas av den sammankommunsstämma som utgörs av representanterna från social- och hälsovårdsområdena. Dessutom har ett specialupptagningsområde en styrelse och tillgång till nödvändigt antal beredningsorgan och sakkunniga. Det föreslås att fem specialupptagningsområden bildas. Statsrådet beslutar om specialupptagningsområdena och om de social- och hälsovårdsområden som ska höra till dem.

Ett specialupptagningsområde grundas genom ett grundavtal mellan områdets kommuner där det avtalas t.ex. om finansieringen av specialupptagningsområdet. Med tanke på skötseln av specialupptagningsområdets styrnings-, planerings- och samordningsuppgifter ingår bestämmelser om ett genomförandeavtal för specialupptagningsområdet i lagen. Avtalet bereds och verkställs av styrelsen för specialupptagningsområdet.

Enligt finländsk och internationell erfarenhet är det vanligt att det uppstår variation mellan områdena med tanke på kvaliteten och tillgången på tjänsterna. En sådan situation är inte i samklang med 19 § 3 mom. i grundlagen, enligt vilket det allmänna ska tillförsäkra var och en en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster. För att trygga den jämlika tillgången på tjänster föreslås det på grund av detta att ett specialupptagningsområde kan ingripa i produktionen av tjänster hos dem som har ansvar för ordnandet inom ett område med basal social- och hälsovård och ett social- och hälsovårdsområde. Specialupptagningsområdet ska dels förhindra överlappande verksamhet och dels se till att det inte uppstår luckor i servicen. Specialupptagningsområdet ska också svara

för samordningen av verksamheten med de strategiska riktlinjerna på nationell nivå och se till att den nationella styrningen genomförs inom verksamheten.

För det regionala genomförandet av det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården svarar de regionala ledningsgrupperna. Enligt förslaget tillsätts de regionala ledningsgrupperna i fortsättningen av specialupptagningsområdet. Specialupptagningsområdet tillsätter även en forskningskommitté för hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå med uppgift att bl.a. fördela den statliga finansieringen för hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå inom sitt område.

## Förvaltning

Förvaltningen för social- och hälsovårdsområden och områden med basal social- och hälsovård ordas i enlighet med förslaget enligt modellen med ansvariga kommuner. I en ansvarig kommun finns ett gemensamt organ som ansvarar för att i praktiken ordna och förverkliga social- och hälsovården. Mynighetsorganisationen för social- och hälsovården är underställd detta gemensamma organ.

Organet väljs av representantmötet för de kommuner som hör till området. Röstetalet för de representanter som kommunerna valt till representantmötet baserar sig på antalet invånare i kommunen. Representantmötets uppgift är att göra upp ett samarbetsavtal där de centrala principerna för områdets verksamhet fastställs. Representantmötet väljer dessutom organets medlemmar, godkänner årligen budgeten och verksamhetsplanen för området samt godkänner bokslutet och beslutar om ansvarsfrihet för organet.

I den lag om ordnandet av social- och sjukvården som nu föreslås finns även närmare bestämmelser om uppgifterna för representantmötet och organet samt om den ekonomiska förvaltningen och om den sektion för minoritetens språk som ska tillsättas på tvåspråkiga områden.

Om invånarantalet i den ansvariga kommunen för social- och hälsovårdsområdet är mindre än hälften av hela områdets invånar-

antal kan kommunerna besluta att samkommunen beslutar om verksamheten inom social- och hälsovårdsområdet. På samkommunen tillämpas då bestämmelserna om samkommun i kommunallagen. Verksamheten inom ett område med basal social- och hälsovård kan däremot inte ordnats enligt modellen med samkommun.

För de uppgifter som hör till ett specialupptagningsområde ansvarar samkommunen för specialupptagningsområdet, på vilken bestämmelserna om samkommun i kommunallagen tillämpas, om inte något annat föreskrivs i den föreslagna lagen. På en samkommuns samkommunsstämma ska alla kommuner som hör till social- och hälsovårdsområdena inom specialupptagningsområdet vara företrädare. Samkommunsstämman fastställer genomförandeplanen för specialupptagningsområdet, där det överenskomms om verkställandet specialupptagningsområdets uppgifter och de samarbetsstrukturer som dessa kräver.

## Finansiering

### *Finansiering av social- och hälsovårdsområden och områden med basal social- och hälsovård*

Medlemskommunerna i ett social- och hälsovårdsområde finansierar områdets verksamhet. Enligt förslaget kan kommunerna sinsemellan komma överens om hur verksamheten finansieras eller på vilka grunder medlemskommunerna betalar den ansvariga kommunen för de tjänster som den ordnar. Kommunerna kan då välja den finansieringsmodell som passar området bäst.

Man behöver inte vara enhällig när avtalet godkänns eller ändras. I 79 § 1 mom. i kommunallagen föreskrivs att samkommunens grundavtal kan ändras, om minst två tredjedelar av medlemskommunerna understöder en ändring och deras invånarantal är minst hälften av det sammanräknade invånarantalet i samtliga medlemskommuner. Det föreslås att nämnda bestämmelse i kommunallagen även tillämpas på förvaltningen för social- och hälsovårdsområden och att den utvidgas till att gälla även godkännande av avtal.

Eftersom det dock är möjligt att kommunerna inte själva kan nå en överenskommelse i ett ärende, föreslås det med tanke på en sådan situation att bestämmelser om finansiering ingår lagen.

Kapitationsmodellen, som vägs enligt befolkningens åldersstruktur och sjukfrekvensen, är det bästa alternativet när man eftersträvar en regionalt enhetlig, tydlig, solidrisk, jämlik och rättvis helhet, samt enhetlig planering och utveckling av hela området. I kapitationsmodellen, som bygger på folkmängden, bestäms kommunens avgift enligt invånarantalet ( $x$  euro/invånare). Kapitationsprincipen kan genomföras så att områdets budgeterade utgifter delas mellan samtliga medlemskommuner i förhållande till invånarantalet. När den erhållna siffran vägs med befolkningens åldersstruktur och sjukfrekvensen, varierar avgiften per invånare från kommun till kommun beroende på befolkningens servicebehov. Detta motsvarar det nuvarande statsandelssystemet, där ca 92 procent av de kalkylerade kostnaderna för statsandelarna per invånare bestäms enligt åldersstrukturen och sjukfrekvensen.

I kapitationsmodellen är kommunens utgifter mycket förutsägbara, eftersom avgiften inte är beroende av i vilken utsträckning kommunens invånare använder tjänsterna. Utgiftsutvecklingen följs regionalt och skillnaderna mellan kommunerna utjämnas under en längre tidsperiod.

När kapitationsmodellen tillämpas på etablerad service kan det orsaka betydande förändringar i kommunernas nuvarande utgifter och väsentligt förändra betalningsandelarna mellan kommunerna. På grund av variationen mellan kommunerna förutsätter en övergång till kapitationsbaserad fakturering en flera år lång övergångstid, under vilken serviceutbudet och servicestrukturen anpassas enligt befolkningens servicebehov i de olika kommunerna. Övergångstiden kunde vara tre år.

Om en kommun med 20 000–50 000 invånare är ansvarig kommun för att ordna baservice i en kommun med färre än 20 000 invånare, ska även ersättningarna i denna modell med ansvariga kommuner vara kapitationsbaserade.

I samband med servicestrukturen är målet att bilda så starka kommuner och social- och hälsovårdsområden att de aktörer som ansvarar för ordnandet av social- och hälsovården klarar av även stora tillfälliga kostnadsvariationer. Därmed behöver man inte genom lagstiftning skapa något utjämnings-system för stora kostnader för att utjämna sådana variationer. Om kommunerna vill kan de dock komma överens om ett sådant system.

*Ett område med basal social- och hälsovårds deltagande i finansieringen av ett social- och hälsovårdsområde*

Kommuner som har ett befolkningsunderlag på 20 000–50 000 invånare får själva ordna social- och hälsovårdstjänster på basal nivå, i vissa fall också tjänster inom den specialiserade sjukvården på basal nivå.

För social- och hälsovårdsområdets gemensamma uppgifter som behövs för att ordna social- och hälsovårdstjänster, såsom kostnaderna för infrastruktur och beredskap (som innefattar bl.a. jour, akutvård och upprätthållande av beredskap för undantagsförhållanden), ansvarar de kommuner som avses ovan i enlighet med kapitationsprincipen.

Till den del som ovan avsedda kommuner med 20 000–50 000 invånare endast skaffar en del av den service de behöver från social- och hälsovårdsområdet, är deras deltagande i finansieringen av denna service prestationsbaserat. Faktureringen baserar sig på produktionskostnaderna.

I prestationsmodellen bestäms kommunens årliga avgift enligt kommuninvånarnas användning av service. Modellen förverkligar upphovsprincipen. För kommunen är det svårare att förutse utgifterna med prestationsmodellen än med kapitationsmodellen, eftersom det kan vara svårt att på förhand förutsäga hur mycket service kommuninvånarna använder och de totala kostnaderna för den. Inom sjukvårdsdistrikten är prestationsbaserad ersättning för närvarande det normala sättet att betala serviceproducenten för servicen. Distrikten fakturerar vanligtvis kommunerna enligt antalet patienter som vårdats och de ingrepp som utförts på patien-

terna. I de flesta sjukvårdsdistrikt används vid faktureringen det diagnos- och ingrepps-baserade drg-systemet (diagnosis-related group), där faktureringspriset för vården av en patient bestäms enligt den genomsnittliga kostnaden för vårdhändelsen eller prestationen. Vid faktureringen av öppenvårdstjänster inom den specialiserade sjukvården samt psykiatrisk vård används i allmänhet ett system som baserar sig på antalet prestationer (t.ex. antalet vård dagar).

*Finansiering av specialupptagningsområden*

På specialupptagningsområdenas finansiering, som kommer från social- och hälsovårdsområdena, tillämpas en finansieringsmodell som grundar sig på antalet invånare i social- och hälsovårdsområdena.

*Utvecklingsverksamhet*

Den ansvariga kommunen för social- och hälsovårdsområdet ska inom sitt område ansvara för utvecklandet av social- och hälsovården.

Kompetenscentrumverksamheten inom det sociala området och verksamheten vid enheterna för primärvård bör integreras. På detta sätt stärks den kompetens som krävs inom utvecklingsverksamheten för social- och hälsovården inom områdena. Genom att inom ett specialupptagningsområde samordna verksamheten vid kompetenscentrumen och enheterna för primärvård samt riktlinjerna i det nationella utvecklingsprogrammet för social- och sjukvården och annan nationell styrning kan man bilda en stödstruktur för utvecklandet på nivån för specialupptagningsområde.

Ett specialupptagningsområde ges i uppgift att inom sitt område ansvara för genomförandet av det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården. Kaste-programmets regionala ledningsgrupper tillsätts inte längre av social- och hälsovårdsministeriet, utan specialupptagningsområdet får besluta om formerna för Kaste-programmets genomförande. Om de vill kan de tillsätta sådana regionala ledningsgrupper som det



finns för närvarande inom Kaste-programmet.

## **4 Propositionens konsekvenser**

### **4.1 Allmänt**

I propositionen föreslås att de administrativa strukturerna för den kommunala social- och hälsovården reformeras. De lagstadgade offentliga social- och hälsovårdsuppgifterna ska enligt förslaget ordnas i form av överkommunalt samarbete. Nu svarar i huvudsak enskilda kommuner och delvis lagstadgade samkommuner för ordnandet av uppgifterna. Sålunda har reformen direkta konsekvenser för kommunernas och samkommunernas förvaltning och administrativa strukturer.

De administrativa förändringarna är ändå bara ett medel att uppnå huvudmålen för reformen. Målet är att trygga social- och hälsovårdstjänster på lika villkor för alla som bor i Finland. Huruvida detta mål uppnås beror nu på bl.a. den åldrande befolkningen och det växande servicebehovet till följd av denna samt hållbarhetsgapet i den offentliga ekonomin. Därför måste man i fortsättningen fästa större uppmärksamhet än nu vid att servicen är effektiv och serviceproduktionen kostnadseffektiv.

Reformens konsekvenser för ekonomin och förvaltningen samt ställningen och tjänsterna för befolkningen är i hög grad beroende av hur de föreslagna social- och hälsovårdsområdena och områdena med basal social- och

hälsovård sköter den social- och hälsovård som vilar på deras ansvar. Det går inte att ge några säkra uppgifter om konsekvenserna av den föreslagna reformen. Konsekvenserna kan dock uppskattas utifrån erfarenheterna av tidigare överkommunala arrangemang. Som exempel kan användas särskilt förvaltningsförsöket i Kajanaland, Södra Karelen social- och hälsovårdsdistrikt (Eksote) samt samarbetsområdena enligt KSSR-projektet. I alla dessa har ordnandet av vården sammanförts till mera omfattande överkommunal verksamhet än tidigare. I förvaltningsförsöket i Kajanaland och Eksote har man dessutom genomfört horisontell och vertikal integration av social- och hälsovårdstjänsterna som i hög grad överensstämmer med den föreslagna reformen. Den modell som genomförts i landskapet Kajanaland motsvarar i tämligen hög grad förslagens social- och hälsovårdsområde, där det inte finns några områden med basal social- och hälsovård. Eksote är åter ett exempel på ett social- och hälsovårdsområde där det också finns ett separat område med basal social- och hälsovård.

## **5 Beredningen av propositionen**

(Kompletteras senare.)

## **6 Samband med andra propositioner**

(Kompletteras senare.)

## DETALJMOTIVERING

### 1 Lagförslag

#### 1.1 Lagen om ordnandet av social- och hälsovården

##### 1 kap. Allmänna bestämmelser

**1 §. Lagens syfte.** Paragrafen anger syftet med lagen. Det primära syftet är att se till befolkningens hälsa och välfärd och detta kräver en mångfald av åtgärder. Ett av syftena är att främja och upprätthålla befolkningens hälsa och välfärd med målet att det ska uppstå så få problem som möjligt i detta hänseende. Ett annat viktigt mål är att säkerställa människors rätt till god social- och hälsovård. Det behövs högkvalitativa social- och hälsovårdstjänster och organisationer med kapacitet att ordna tjänsterna på behörigt sätt. Lagen är tänkt att skapa förutsättningar för tillräcklig tillgång till social- och hälsovårdstjänster på lika villkor i hela landet och att säkerställa att det finns en servicestruktur som tar hänsyn till de vårdbehövandes behov. Samtidigt ska servicestrukturen vara ändamålsenlig och kostnadseffektiv för att de till buds stående resurserna ska räcka till för att huvudmännen ska kunna ta ansvar för att ordna den service som speciallagarna föreskriver.

Dessutom behövs det omfattande samarbete mellan flera parter för att målen ska kunna uppfyllas. Ett av målen med lagen är därför att ska finnas förutsättningar för den här typen av samarbete dels på det regionala, dels på det nationella planet för att servicen ska kunna integreras funktionellt och strukturellt.

**2 §. Tillämpningsområde.** Paragrafen anger lagens tillämpningsområde. Den ska tillämpas på ordnandet och finansieringen av kommunal social- och hälsovård, liksom även på utveckling, styrning och tillsyn av vården. Med kommunal social- och hälsovård avses verksamhet där en kommunal organisation, en kommun, en samkommun eller något annat lagstadgat kommunalt sam-

arbetsorgan svarar för organisationen och finansieringen.

Bestämmelser om social- och hälsovård ingår i ett flertal olika lagar. Vissa av dem gäller uteslutande kommunal verksamhet, andra uteslutande privat verksamhet och en del både kommunal och privat verksamhet. Lagarna om kommunal social- och hälsovård är så många att de som berör den föreslagna lagen inte räknas upp i paragrafen. På grundval av 2 mom. ska lagen inte tillämpas på miljö- och hälsoskydd. Förvaltningen av miljö- och hälsoskyddet har nyligen setts över med en ny lag, det vill säga lagen om samarbetsområden för miljö- och hälsoskyddet (410/2009). Samarbetsområdena inledde verksamheten senast den 1 januari 2013.

Lagen berör inte social- och hälsovård i landskapet Åland eftersom den ingår i självstyrelsen. I 53 och 58 § ingår det dock bestämmelser om ersättning för utbildning av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Ersättning kan också ges ut till verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården i landskapet Åland. Följaktligen säger 3 mom. att 53 och 58 § också tillämpas på utbildning i landskapet Åland.

**3 §. Definitioner.** Paragrafen definierar de viktigaste begreppen i lagen. Enligt 1 mom. 1 punkten avses med social- och hälsovårdsområde ett område som består av en eller flera kommuner och där social- och hälsovård ordnas. Social- och hälsovård består av socialvård, primärvård och specialiserad sjukvård.

I 2 punkten definieras område med basal social- och hälsovård som ett område bestående av en eller flera kommuner där basala social- och hälsovårdstjänster tillhandahålls. De basala tjänsterna innefattar primärvård och merparten av uppgifterna och tjänsterna enligt socialvårdslagen. De basala uppgifterna och tjänsterna anges närmare i 11 §.

Enligt 3 punkten avses med specialupptagningsområde ett område som består av social- och hälsovårdsområden och som inom sitt område ska planera, styra och samordna so-

cial- och hälsovårdsverksamheten. Närmare bestämmelser om specialupptagningsområdena och deras uppgifter ingår i 15 och 16 §.

I 4 punkten definieras ansvarig kommun som en kommun som ska ordna social- och hälsovård och tjänster som ingår där. En ansvarig kommun ska ordna tjänster dels för social- och hälsovårdsområden, dels för områden med basal social- och hälsovård enligt det som 11 § föreskriver. Närmare bestämmelser om ansvariga kommuner och deras förvaltning finns i 3 kap.

I 5 punkten räknas huvudorterna i landskapen upp. De ska vara ansvariga kommuner för social- och hälsovårdsområdena, förutsatt att förvaltningen av områdena på grundval av 19 § organiseras enligt samkommunsmodellen.

Enligt 2 mom. gäller bestämmelserna om ansvarig kommun för ett social- och hälsovårdsområde också samkommuner som tillhandahåller tjänster inom ett social- och hälsovårdsområde. Ett flertal paragrafer i lagen föreskriver om uppgifter och ansvarsförhållanden som antingen en ansvarig kommun eller en samkommun ska stå för inom ett social- och hälsovårdsområde. För att förenkla lagtexten nämner paragraferna i dessa fall bara den ansvariga kommunen i social- och hälsovårdsområdet. Kommunernas skyldigheter gäller på lika villkor också samkommunerna, om ingenting annat föreskrivs i lag. De undantag som nämns särskilt avser i första hand hur samkommuner ska bildas och förvaltas. Dessa omständigheter regleras huvudsakligen på grundval kommunallagen, men delvis också utifrån specialbestämmelserna om samkommuner i denna.

**4 §. Resurser för social- och hälsovård.** Paragrafen föreskriver att social- och hälsovårdsområdena och områdena med basal social- och hälsovård ska ha tillräckliga resurser för att främja hälsa och välfärd och utföra de uppgifter och tjänster inom social- och hälsovården som de är skyldiga att organisera. Kravet på tillräckliga resurser innefattar åtgärder för att främja hälsa och välfärd i den utsträckning som det ingår i områdets ansvar samt uppgifter och tjänster inom social- och hälsovården. Den som svarar för att ordna vården ska också se till att det finns

tillräckligt många anställda med relevant utbildning. Dessutom måste andra verksamhetsvillkor vara uppfyllda på behörigt sätt, bland annat kraven på lokaler och apparatur. Kraven beträffande tjänsteproduktion gäller alla de tjänsteleverantörer som ett social- och hälsovårdsområde eller ett område med basal social- och hälsovård anlitar. Också när ett område köper tjänster ska det följaktligen se till att de tillhandahållande företagen, organisationerna inom den tredje sektorn eller föreningarna har tillgång till relevant personal och nödvändiga lokaler och apparater.

**5 §. Tillgången till tjänster och tjänsternas tillgänglighet.** Paragrafen innehåller en generell bestämmelse om att den som ansvarar för att ordna social- och hälsovård ska se till att invånarna i kommunerna får vården på lika villkor.

Tjänster ska dessutom tillhandahållas så att tillgängligheten främjas. Det betyder att alla som behöver vård ska ges tillgång till tjänster och möjlighet att anlita dem oberoende av funktionsförmåga eller hälsa. Tillgänglighet i miljön gör det möjligt bland annat för personer som i omgivning med dålig tillgänglighetsanpassning hade varit beroende av andras hjälp att klara sig på egen hand. Tillgänglighetsanpassning handlar om principen att byggd miljö, service och kommunikation ska vara tillgängliga för alla. I takt med att människor lever längre och de äldre blir fler får tillgänglighetsanpassning en mer framträdande roll som livskvalitetshöjande faktor. Det ger smidigare och snabbare funktioner, till exempel vid myndighetsbesök och förflyttning mellan platser.

Den service som måste ordnas för kommuninvånarna finns inskrivna i speciallagar, bland annat i socialvårdslagen, lagen om service och stöd på grund av handikapp, hälso- och sjukvårdslagen och andra lagar om kommunal social- och hälsovård. I 1 mom. sägs det också att tjänsterna i den mån det är möjligt ska utföras nära invånarna. De ansvariga social- och hälsovårdsområdena och områdena med basal social- och hälsovård är således skyldiga att ordna med så kallade närtjänster. Närtjänsterna är viktiga i synnerhet för de som behöver mycket service regel-

bundet och som dessutom har svårt att anlita tjänster som ligger längre bort.

Det är varken möjligt eller rationellt att sprida ut alla tjänster och tillhandahålla dem i närmiljön. Detta gäller exempelvis mer sällsynta tjänster som kräver specialkompetens eller dyr apparatur. Den typen av service bör koncentreras till vissa platser. Därmed kan god kvalitet garanteras och service ordnas kostnadseffektivt och ekonomiskt vettigt. Ändamålsenlig centralisering betyder också att tjänster finns tillgängliga i olika delar av landet.

Enligt 2 mom. ska också personer som vistas i ett social- och hälsovårdsområde eller ett område med basal social- och hälsovård, men inte är invånare i en kommun som hör till området i vissa fall ha rätt att få social- och hälsovård. Alla som behöver ska till exempel enligt 50 § i hälso- och sjukvårdslagen få brådslande sjukvård oberoende av var de är bosatta. Barnskyddslagen föreskriver i 16 b § att placeringskommunen är skyldig att ordna service för barn som är placerade där. Vidare innehåller EU-lagstiftningen skyldigheter som innebär att i första hand hälso- och sjukvård ska ges den personkrets som avses.

**6 §. Språk som tjänster ska tillhandahållas på.** Paragrafen föreskriver om de språk som tjänster ska ordnas på. Den utgår från bestämmelserna om nationalspråken, finska och svenska, i grundlagen och språklagen, om rätten att använda dem och om förvaltnings-språket. Paragrafen föreskriver dessutom om nordiska medborgares, samernas och funktionshindrade personers språkliga rättigheter. Också personer som talar andra språk och deras behov av att få tala sitt språk beaktas i bestämmelserna.

Enligt 1 mom. ska tjänster tillhandahållas på finska och svenska, om ett social- och hälsovårdsområde eller område med basal social- och hälsovård omfattar en eller flera tvåspråkiga kommuner eller både finsk- och svenskspråkiga kommuner. Om alla kommuner är enspråkiga ska servicen och förvaltningen ordnas på det språk som kommunerna i området har. Servicen och förvaltningen ska ordnas på både finska och svenska när det finns kommuner med olika språk eller tvåspråkiga kommuner i ett område. Bestäm-

melser om rätten att använda, bli hörd och få expeditioner på finska eller svenska och om rätten till tolkning när dessa språk används hos myndigheterna finns i 10, 18 och 20 § i språklagen (423/2003).

I enspråkiga områden har klienter och patienter rätt att använda finska eller svenska, bli hörda och få handlingar på sitt eget språk, också när det är ett annat språk än det som används i området.

Momentet hänvisar också till samiska språklagen som reglerar rätten att använda samiska i samernas hembygdsområde. I 4 § i sametingslagen (974/1995) finns det bestämmelser om samernas hembygdsområde, som består av Enontekiö, Enare och Utsjoki kommuner och en del av Sodankylä kommun.

I 2 mom. regleras nordiska medborgares rätt att använda sitt eget språk, det vill säga finska, danska, isländska, norska eller svenska. Området ska då, när det är möjligt, se till att nordiska medborgare får behövlig tolk- och översättningshjälp. Deras rätt att använda sitt modersmål finns inskriven i artikel 5 i nordiska konventionen om social trygghet (FördrS 69/1996).

I 3 mom. anges det att bestämmelser om skyldigheten för Folkpensionsanstalten att ordna tolkningstjänst för hörselskadade, synhörselskadade och talskadade finns i lagen om tolkningstjänst för handikappade personer (133/2010).

## 2 kap. **Ordnandet av social- och hälsovården**

Kap. 2 föreskriver hur social- och hälsovården ska ordnas. Bestämmelserna lägger bland annat fast vilka kommunala organisationer som ska ordna vården, vilka principer som gäller när det läggs fast vem som har ansvar för att ordna vården och hur ansvaret ska fördelas med organisationerna.

**7 §. Social- och hälsovårdsområden och områden med basal social- och hälsovård.** Paragrafen anger hur ansvaret för att ordna kommunal social- och hälsovård och anknytande tjänster fullföljs. Det ska finnas social- och hälsovårdsområden för ordnandet av social- och hälsovården och varje kommun

ska höra till ett social- och hälsovårdsområde. Inom social- och hälsovårdsområdet svarar den ansvariga kommunen eller samkommunen för att tillhandahålla tjänsterna. I ansvaret ingår det dels att ordna lagstadgad service, dels att fullfölja och ta hand om en rad myndighetsförpliktelser. Närmare bestämmelser om förpliktelserna, vad de innebär och hur de kan fullföljas, ingår i denna lag och i lagstiftningen om social- och hälsovården.

Enligt 2 mom. kan vissa kommuner vid sidan av ett social- och hälsovårdsområde också höra till ett område med basal social- och hälsovård på de grunder som anges i 8 §. Områden med basal social- och hälsovård är dock ett undantag från huvudregeln att allmän social- och hälsovård i första hand ska ordnas heltäckande av ett social- och hälsovårdsområde. I det fall som 2 mom. avser fördelas ansvaret mellan social- och hälsovårdsområdet och området med basal social- och hälsovård enligt vad 11 § föreskriver. I ett område med basal social- och hälsovård är det alltid den ansvariga kommunen som svarar för att ordna servicen. I motsats till ett social- och hälsovårdsområde kan verksamheten i ett område med basal social- och hälsovård inte organiseras enligt samkommunsmodellen, även om invånarantalet i centralkommunen är mindre än hälften av invånarantalet i hela området.

**8 §. Allmänna förutsättningar för bildandet av social- och hälsovårdsområden och områden med basal social- och hälsovård.** Paragrafen föreskriver om kriterierna för att bilda social- och hälsovårdsområden och områden med basal social- och hälsovård. Enligt 1 mom. ska bådaddera utgöra regionalt sett enhetliga och funktionellt sett ändamålsenliga enheter med avseende på social- och hälsovården. Vidare ska de ha ekonomiska förutsättningar att ta hand om uppdraget och personella resurser att uppfylla sitt ansvar.

I 2 mom. ingår närmare bestämmelser om hur områdena ska bildas. Social- och hälsovårdsområden ska bildas av huvudorten i landskapet eller av en kommun med minst 50 000 invånare. Dessutom ska området omfatta övriga kommuner som hör till kommu-

nernas pendlingsregion eller till samma funktionella helhet.

Ett område med basal social- och hälsovård ska enligt 3 mom. bildas av en kommun med minst 20 000 invånare. Dessutom kan ett sådant område omfatta andra kommuner som hör till en pendlingsregion eller en funktionell helhet med fler än 20 000 invånare. Dessa andra kommuner har emellertid ingen skyldighet att höra till ett område med basal social- och hälsovård som bildas av en kommun med fler än 20 000 invånare. I sådana fall är det ett social- och hälsovårdsområde som ordnar social- och hälsovården i kommuner med färre än 20 000 invånare.

Den enhetliga enhet som 1 mom. avser kan bildas när ett social- och hälsovårdsområde eller ett område med basal social- och hälsovård består av kommuner i samma pendlingsregion eller av kommuner som ingår i ett område med enhetlig samhällsstruktur. Båda kriterierna innebär att kommunerna och deras ekonomi, näringsstruktur och invånare samverkar på många olika sätt, vilket ger goda förutsättningar för att också ordna social- och hälsovården kring överkommunalt samarbete mellan dem.

Enligt huvudregeln i 4 mom. kan det inom samma pendlingsregion bara finnas ett enda social- och hälsovårdsområde. Om pendlingsregionen för huvudorten i landskapet har en kommun med fler än 50 000 invånare, har kommunen alltså inte rätt att bilda ett eget social- och hälsovårdsområde. Metropolområdet i huvudstadsregionen ska dock kunna göra avsteg från den principen enligt vad som sägs i 5 mom.

Om en kommun inte hör till pendlingsregionen för någon kommun eller till någon funktionella helhet, ska den enligt 4 mom. höra till det område som är mest ändamålsenligt med avseende på tillhandahållandet av social- och hälsovården. En sådan kommun hör alltid till något social- och hälsovårdsområde. Den kan också ha möjlighet att höra till ett område med basal social- och hälsovård, om det är motiverat med avseende på den kommunala servicen.

När det gäller kommunerna i landskapet Nyland kan social- och hälsovårdsområdena enligt 5 mom. bildas på ett sätt som avviker

från kriterierna i 2 och 4 mom. för att bilda social- och hälsovårdsområden. Landskapet Nyland består av kommunerna Helsingfors, Esbo, Vanda, Grankulla, Kervo, Kyrkslätt, Raseborg, Hangö, Ingå, Hyvinge, Nurmijärvi, Träskända, Tusby, Mäntsälä, Borgnäs, Borgå, Sibbo, Askola, Lovisa, Lapträsk, Lojo, Sjundeå, Vichtis, Högfors, Pukkila och Mörskom. Av dem hör alla andra utom Pukkila och Mörskom till Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt.

Av kommunerna i landskapet Nyland anses metropolområdet bestå av dels de fyra kommunerna i huvudstadsregionen, det vill säga Helsingfors, Esbo, Vanda och Grankulla, dels tio kranskommuner, det vill säga Kyrkslätt, Vichtis, Borgnäs, Nurmijärvi, Hyvinge, Tusby, Träskända, Mäntsälä, Kervo och Sibbo. Metropolområdet avviker från andra stadsregioner i Finland bland annat när det gäller befolkningsunderlag, pendling, besöksvanor, offentliga finanser, framtida utmaningar och betydelse för tjänsteorganisation, internationalisering och statsekonomi. Med avseende på pendling och besök är metropolområdet integrerat, men tjänster anlitas redan nu över kommungränserna och både pendling och besök går i betydande omfattning till andra kommuner än centralkommunen i området. I Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt är arbetsfördelningen mellan och användningen av sjukhusenheterna överkommunal, likaså specialomsorgerna om utvecklingsstörda, och de överskrider gränserna för sjukvårdsområdena inom sjukvårdsdistriktet. Den allmänna regeln i denna lag är att social- och hälsovårdsområdena ska bildas utifrån befolkningsunderlag och pendlingsregioner. Att tillämpa samma principer på metropolområdet leder till oändamålsenliga lösningar som liknar den nuvarande splittrade strukturen och som därför strider mot målen med reformen. Följaktligen behövs det särbestämmelser om hur social- och hälsovårdsområden ska bilas i metropolområdet och överlag i hela landskapet Nyland.

När de områden bildas som paragrafen avse, ska de språkliga förhållandena i kommunerna beaktas, enligt 6 mom. Målet ska vara att bilda språkligt samordnade områden som är bäst lämpade för att säkerställa be-

folkningens rätt att få service på sitt modersmål, det vill säga finska eller svenska. När det finns flera alternativ att välja mellan, som alla säkerställer tillräcklig och likvärdig service, ska man välja det alternativ som bäst tillgodoser de språkliga rättigheterna, enligt ett ställningstagande från riksdagens grundlagsutskott.

Enligt 7 mom. är det statsrådet som beslutar om social- och hälsovårdsområdena och områdena med basal social- och hälsovård och vilka kommuner som ska höra till dem. Beslutet måste grunda sig på de faktorer som det redogörs för ovan. Dessutom måste statsrådet höra kommunerna innan det fattar beslutet. Beslutet är ett förvaltningsbeslut som meddelas kommunerna för kännedom enligt vad förvaltningslagen föreskriver. Statsrådet kan också besluta publicera beslutet i Finlands författningssamling enligt vad som 6 § 2 mom. i lagen om Finlands författningssamling (188/2000) föreskriver.

**9 §. Att främja hälsa och välfärd i kommunerna.** Ett av de viktigaste målen med social- och hälsovårdspolitiken är att främja hälsa och välfärd och att förebygga sociala och hälsorelaterade problem. I detta sammanhang spelar social- och hälsovården, men också i stor utsträckning den samlade sociala verksamheten, också kommunal verksamhet, en stor roll. Människors hälsa och välfärd är kopplade till utbildning, motions-, kost- och kulturutbud, planläggning, trafikplanering och många andra andra uppdrag som kommunerna har hand om.

Följaktligen är det i första hand kommunerna som ska främja människors hälsa och välfärd. Därför föreskriver 1 mom. att det är kommunerna som ska främja kommuninvånarnas hälsa och välfärd. Varje kommun ska nämligen bevaka kommuninvånarnas levnadsförhållanden, hälsa och välfärd och de faktorer som påverkar dem. Vidare ska kommunen följa upp hur kommuninvånarnas hälsa och välfärd utvecklas och påverkas av kommunens åtgärder. En rapport om detta ska varje år lämnas till kommunfullmäktige. Dessutom ska en välfärdsberättelse tas fram för kommunfullmäktige en gång per fullmäktigeperiod. Den ska innehålla uppgifter om invånarnas hälsa och välfärd och de faktorer

som påverkar dem och om kommunens kapacitet att tillgodose behoven. Informationen ska samlas in för varje befolkningsgrupp eftersom man då kan sätta in nödvändiga åtgärder. Tanken är att slutsatserna i välfärdsberättelsen ska ligga till grund för den strategiska planeringen i kommunen.

I 2 mom. ingår en skyldighet för kommunerna att i sin strategiska planering ställa upp mål, lägga fram åtgärder och tjänster och presentera resurser för att främja människors hälsa och välfärd och förebygga problem. Målen ska bygga på det rådande läget för hälsa och välfärd, de lokala förhållandena och nationella hälsostrategier som stöder de lokala aktiviteterna. Verktälligheten ska kopplas till planeringen av verksamheten och ekonomin i kommunen och det anknytande beslutsfattandet. Uppföljningen av verktälligheten ska integreras i kommunens övergripande utvärderings- och uppföljningssystem. För att målen ska kunna nås måste kommunen avsätta tillräckligt stora resurser, försäkra sig om att nödvändig kompetens finns och bygga upp ett utvärderings- och uppföljningssystem.

Åtgärder för att främja människors hälsa och välfärd är också ett viktigt element i verksamheten inom social- och hälsovårdsområdena och områdena med basal social- och hälsovård. Därför föreskriver 3 mom. att områdena i sin verksamhet ska arbeta för att främja hälsa och välfärd och motverka missförhållanden. Vidare är områdena skyldiga att ge kommunerna experthjälp i frågor kring hälsa och välfärd. I och med reformen övertas ett flertal kommuners ansvar för att ordna tjänster av antingen social- och hälsovårdsområden eller områden med basal social- och hälsovård. Samtidigt flyttar en stor del av personalen med kompetens inom verksamhetsområdena över till de nya områdena.

I dag ingår bestämmelser om åtgärder för att främja hälsa och välfärd i 11 och 12 § i hälso- och sjukvårdslagen. De kan upphävas när denna lag införs.

Paragrafen gäller både kommuner och ansvariga kommuner i social- och hälsovårdsområdena och områdena med basal social- och hälsovård. Tanken är att bestämmelsen om kommunernas skyldighet att se till invå-

narnas hälsa och välfärd ska tas in i den nya kommunallagen. Samtidigt kan man göra en bedömning av om de föreslagna 1 och 2 mom. behövs i denna lag eller om det i här räcker med en hänvisning till kommunlagen, när den har införts.

**10 §. Ansvar för att ordna social- och hälsovård.** Ansvar för att ordna social- och hälsovård anger vad ett social- och hälsovårdsområde eller ett område med basal social- och hälsovård ska ha ansvar för. Där ingår en skyldighet att utföra uppgifter som finns inskrivna i en rad lagar och samtidigt också en skyldighet att se till att uppgifterna blir utförda på behörigt sätt. Begreppsmässigt bör man skilja mellan ansvar för att ordna social- och hälsovård och verksamhet för att producera tjänster. Ansvar för att ordna social- och hälsovård inbegriper inte per automatik en skyldighet att själv producera de lagstadgade tjänsterna, utan tjänsterna kan vanligen också tillhandahållas på något annat sätt som lagstiftningen tillåter.

I 1 mom. anges det vad som ingår i ansvaret för att ordna social- och hälsovård, nämligen ansvar för att utföra lagstadgad social- och hälsovård. Det kan exempelvis vara lagstadgade skyldigheter att samarbeta. Men fokus sätts på att ordna social- och hälsovårdstjänster. Därmed ingår det enligt 1 mom. ett ansvar för tillgång till tjänster på lika villkor och för kvaliteten på tjänsterna. Tillgång på lika villkor betyder att alla som behöver tjänster ska ha möjlighet att få det på samma objektiva grunder, exempelvis enligt medicinska, sociala och ekonomiska kriterier. I begreppet ingår också icke-diskriminering: ingen får diskrimineras på grundval av ålder, kön, etnisk härkomst eller av någon annan orsak. Kvaliteten på tjänsterna avser förmågan att tillgodose klienternas och patienternas servicebehov systematiskt, verkningsfullt, lagenligt och kostnadseffektivt. Enligt 2 punkten ska den som ansvarar för att ordna social- och hälsovård se till tjänsternas tillgänglighet på lämpligt sätt. I detta sammanhang betyder tillgänglighet exempelvis att tjänsterna geografiskt sett produceras på en plats som ger de behövande faktiska möjligheter att anlita dem. Personer som behöver hemservice, hemsjukvård och

rehabilitering i hemmet ska alltså få tjänsterna i sitt hem. Vidare ska skolhälsovård som regel ordnas i skolorna. I förekommande fall kan transport organiseras till munhälsovård eller verksamheten ordnas mobilt. Rådgivningen ska organiseras så att familjerna har tillgång till den i varierande livssituationer. På grund av bland annat geografiska och bosättningsrelaterade faktorer kan tillgängligheten emellertid inte alltid organiseras fullt ut på lika grunder. Därför föreskriver paragrafen att tillgängligheten ska ordnas på lämpligt sätt. Avstånden till tjänsterna kan variera beroende på de lokala förhållandena, också internt inom social- och hälsovårdsområdena och områdena med basal social- och hälsovård. Den som ordnar vården är skyldig att se till att befolkningen har uppdaterad information om den verkliga tillgängligheten, exempelvis om öppettider och telefonrådgivning dygnet runt.

Enligt 3 punkten ingår det också i ansvaret att fastställa behov och kvantitet. För att vården ska tillgodose behoven bland befolkningen och andra med rätt att få service ska de som har ansvar för att ordna den ta reda på vilken typ av service det behövs i området och i vilken utsträckning den anlitas. Först därefter kan de planera och genomföra de tjänster som ingår i deras ansvar.

Som det sägs ovan anger ansvaret för att ordna social- och hälsovård ingenting om hur tjänsterna ska produceras. Därför föreskriver 4 punkten att det i ansvaret också ingår att besluta om produktionssättet. Där ingår det att besluta om man själv ska producera tjänsterna eller om man ska upphandla dem utifrån kontrakt. I 12 § ingår närmare bestämmelser om hur tjänsterna kan utföras. I ansvaret för att besluta om produktionssättet ingår det också att besluta på vilka sätt tjänsterna får produceras. Det kan vara att välja mellan öppenvård och slutenvård eller mellan olika former av öppenvård.

Enligt 5 punkten ingår det i ansvaret att följa upp och utveckla verksamheten. Det betyder att den ansvariga parten aktivt bevakar kvalitet och kvantitet och följer upp om de motsvarar kraven och behoven. Att ordna verksamheten på lämpligt sätt innebär också att det krävs fortlöpande utveckling och i

behövlig omfattning också tillsyn. I tillsynen ingår dels egen verksamhet, dels avtalsbaserad utläggning av tjänster. I 46 § föreskrivs det om skyldighet för social- och hälsovårdsområdena och områdena med basal social- och hälsovård att utveckla verksamheten. I 14 § ingår det en skyldighet att upprätta ett program för egenkontroll.

På grundval av 2 mom. innefattar ansvaret för att ordna social- och hälsovård dessutom utövning av offentlig makt. Uppdragen kräver beslut eller åtgärder av en person i tjänsteförhållande och bestämmelser om den ingår i ett flertal lagar, bland annat i lagen om smittsamma sjukdomar, mentalvårdslagen och barnskyddslagen.

**11 §. Ansvarsfördelningen mellan social- och hälsovårdsområden och områden med basal social- och hälsovård när det gäller att ordna social- och hälsovård.** Enligt 1 mom. ingår det i uppgifterna för ett social- och hälsovårdsområde att tillhandahålla samtliga social- och hälsovårdstjänster och sköta alla andra social- och hälsovårdsuppgifter. Det kan bland annat vara uppgifter och tjänster enligt socialvårdslagen, lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda, lagen om service och stöd på grund av handikapp, lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre, lagen om missbrukarvård, lagen om utkomststöd, lagen om smittsamma sjukdomar och mentalvårdslagen och andra lagar som reglerar skyldigheter inom kommunal social- och hälsovård.

I 2 mom. sägs det att den ansvariga kommunen för ett område med basal social- och hälsovård har ansvaret för att ordna socialvård och primärvård i stället för ett social- och hälsovårdsområde, om området med basal social- och hälsovård ingår i ett social- och hälsovårdsområde.

Vad beträffar socialvården ingår alla kommunala uppgifter enligt 13 § i socialvårdslagen i ansvaret att ordna social- och hälsovård. De är följande: 1) socialservice, 2) utkomststöd, 3) sociala understöd, 4) handledning och rådgivning om förmåner inom socialvården och den övriga sociala tryggheten och hur de får utnyttjas, 5) information om socialvården och den övriga sociala tryggheten.



ten, 6) utbildnings-, forsknings-, försöks- och utvecklingsverksamhet rörande socialvård och annan social trygghet och 7) sociala krediter till invånarna. Punkterna 3 och 6 har ingen relevans i detta sammanhang. Folkpensionsanstalten har nämligen tagit över ansvaret för sociala bidrag, och de ingår alltså inte längre i kommunernas ansvar, och uppgifterna i 6 punkten regleras i 46 § i denna lag.

I 13 § 2 mom. föreskriver socialvårdslagen om så kallat strukturellt socialt arbete. Enligt momentet är kommunen skyldig att även i övrigt inom sitt område verka för att utveckla de sociala förhållandena och avhjälpa sociala missförhållanden.

Bestämmelser om social service ingår i 17 § i socialvårdslagen. I 1 mom. räknas de så kallade allmänna tjänsterna upp: 1) socialt arbete, 2) rådgivning i uppfostrings- och familjefrågor, 3) hemservice, 4) boendeservice, 5) anstaltsvård, 6) familjevård, 7) verksamhet i sysselsättningssyfte för personer med funktionsnedsättning och arbetsverksamhet för personer med funktionsnedsättning och 8) åtgärder för att fastställa underhållsbidrag.

I 17 § 2 mom. i socialvårdslagen nämns den sociala service som föreskrivs närmare i speciallagstiftningen och den familjerättsliga lagstiftningen. Speciallagstiftningen föreskriver om följande tjänster: barnskydd, specialomsorger om utvecklingsstörda, service och stöd på grund av handikapp, service i anslutning till missbruksvård, stöd för närståendevård och arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte. Tjänster som ingår i familje- och barnrätten är följande: utredning och fastställande av faderskap, övriga uppgifter som föreskrivits för barnatillsyningsmannen, adoptionsrådgivning, medling i familjefrågor och medling vid verkställighet av beslut om vårdnad om barn och umgängesrätt.

I socialvården ska också de kommunala uppgifterna enligt lagen om stödjan av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (den så kallade äldreomsorgslagen, 980/2012) ingå.

I kommunens allmänna skyldigheter ingår det att upprätta en plan till stöd för äldrebefolkningen, bedöma om servicen är tillräck-

ligt omfattande och kvaliteten god, se till att det finns tillgång till service och att den är tillgänglig, tillgodose invånarnas språkliga rättigheter, avsätta tillräckligt stora resurser, skaffa fram expertis och tillsätta ett äldreråd. Vidare är kommunen skyldig att ordna med tjänster som främjar de äldres välbefinnande, det vill säga rådgivning, mottagning, hälsokontroller och hembesök. På individnivå kräver äldreomsorgslagen dessutom att kommunen bland annat utreder äldre personers servicebehov, lägger upp en serviceplan och utser en ansvarig arbetstagare.

Enligt paragrafen ska områdena med basal social- och hälsovård svara för primärvården. Bestämmelser om vad som ska ingå i primärvården finns i hälso- och sjukvårdslagen. Primärvården kan också kallas folkhälsoarbete. Vanligen tillhandahålls primärvård på hälsovårdscentraler och inom företagshälsovården. Den är allmänt tillgänglig för alla och den utgör grunden för vårt hälsovårdssystem. Primärvård ges i form av närtjänster.

Inom hälso- och sjukvården ska den ansvariga kommunen i ett social- och hälsovårdsområde svara för den specialiserade sjukvården. Enligt hälso- och sjukvårdslagen avses med specialiserad sjukvård hälso- och sjukvårdstjänster inom medicinska och odontologiska verksamhetsområden som hänför sig till förebyggande, undersökning, vård och behandling av sjukdomar, prehospital akut-sjukvård, jour och medicinsk rehabilitering. Den specialiserade sjukvården innefattar polikliniska undersökningar och behandlingar och dagkirurgisk verksamhet. Där ingår också vård och behandling inom ramen för jour inom medicinska och odontologiska verksamhetsområden, slutenvård och intensivvård. Vidare omfattar specialiserad sjukvård undersökning, diagnos och behandling av yrkes- och arbetsrelaterade sjukdomar.

Dygnetruntjour inom socialvården och primärvården ska dock alltid ingå i social- och hälsovårdsområdenas ansvar. Redan nu ordnas socialjour dygnet runt central i den utsträckning det är möjligt. Jour via social- och hälsovårdsområdet kan garantera smidig jour också vid semestrar och fungerande samarbete med jouren inom hälso- och sjukvården. Närmare bestämmelser om jour inom

hälso- och sjukvården finns i social- och hälsovårdsministeriets förordning om grunderna för brådsående vård och villkoren för jour inom olika medicinska verksamhetsområden (652/2013). Paragrafen tillåter att jour inom primärvården ordnas av områdena med basal social- och hälsovård.

Genom lag kan det dessutom föreskrivas om andra uppgifter som den ansvariga kommunen för ett social- och hälsovårdsområde har ansvaret för att ordna i stället för den ansvariga kommunen för ett område med basal social- och hälsovård. Det betyder att uppgifterna kan omdefinieras utan att denna lag behöver ändras, när andra lagar ändras eller helt nya lagar tillkommer i framtiden. Lagstiftningen inom det sociala området kommer att revideras och då kan det regleras vilka tjänster som hör till social- och hälsovårdsområdena. Tjänster som föreskrivs genom speciallagstiftning kan exempelvis vara tjänster till barn, unga och familjer som organiseras som funktionella enheter. Bestämmelser om att social- och hälsovårdsområdena har ansvar för att ordna screeningar kan ingå i hälso- och sjukvårdslagen eftersom det krävs samarbete mellan primärvården och den specialiserade sjukvården för att verkställa det nationella screeningprogrammet.

I 3 mom. ingår det ett undantag från huvudregeln i 1 och 2 mom. Ett område med basal social- och hälsovård ska kunna tillhandahålla tjänster inom den specialiserade sjukvården, om social- och hälsovårdsministeriet har beviljat tillstånd till det. Tillstånd kan bara beviljas innan området har inlett verksamheten.

Närmare bestämmelser om villkoren för tillstånd ingår i 13 § i den föreslagna lagen om införande av lagen om ordnandet av social- och hälsovården. Principen är att den ansvariga kommunen för ett område med basal social- och hälsovård kan få tillstånd för specialiserad sjukvård bara om det har tillgång till lämpliga lokaler och lämplig utrustning. Dessutom måste området ha den personal som verksamheten kräver. Kravet på egen personal innebär samtidigt att den specialiserade sjukvård som paragrafen avser inte kan läggas ut. Bestämmelsen avser situationer när ett område med basal social- och

hälsovård har en verksamhetsenhet för specialiserad sjukvård i kommunal regi som ska fortsätta med verksamheten inom ramen för området med basal social- och hälsovård, när reformen träder i kraft.

När den ansvariga kommunen för ett område med basal social- och hälsovård har fått tillstånd, har det ansvar för att ordna den specialiserade sjukvård som ingår i tillståndet. Tillståndet är tidsbegränsat och det kan förnyas. Vid förnyat tillstånd kan ministeriet ändra innehållet och omfattningen om det behövs. Ändrade villkor måste i första hand bero på att det skett förändringar i servicebehovet och det lämpligaste sättet att utföra tjänsterna. Innan ministeriet avgör en ansökan om förnyat tillstånd, måste det inhämta yttrande av det behöriga specialupptagningsområdet.

Enligt 4 mom. ska de ansvariga kommunerna för ett social- och hälsovårdsområde och ett område med basal social- och hälsovård samarbeta för att se till att de som är i behov av tjänster får de tjänster och det stöd de behöver i enlighet med lag, oavsett vem av dem som ska svara för att tjänsterna tillhandahålls. Extra viktigt är det att se till att det inte uppstår avbrott i tjänsterna när någon flyttar från tjänster som ett social- och hälsovårdsområde ansvarar för till tjänster som ett område med basal social- och hälsovård ansvarar för eller vice versa. I sådana situationer måste kontinuiteten säkerställas.

**12 §. Tillhandahållandet av uppgifter och tjänster.** Bestämmelsen motsvarar 4 § i lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården, där det anges på vilket sätt social- och hälsovårdsområdena och områdena med basal social- och hälsovård kan fullfölja de uppgifter och tjänster som de har ansvar för att ordna. De kan producera tjänsterna själva eller i samråd med andra social- och hälsovårdsområden och områden med basal social- och hälsovård, via medlemskap i en samkommun eller genom utläggning. Ett annat alternativ är att ge ut servicesedlar som avses i lagen om servicesedlar inom social- och hälsovården (569/2009). Dessutom sägs det i 6 punkten att tjänsterna kan tillhandahållas på något annat sätt, om det i någon annan lag före-

skrivs om andra sätt att organisera uppgifter och tjänster inom hälso- och sjukvård än det som sägs i 1–5 punkten.

Vid vissa sällsynta eller högspecialiserade tjänster kan den ansvariga kommunen för ett social- och hälsovårdsområde för att säkerställa tillgången till en tjänst klassa den som en tjänst av allmänt ekonomiskt intresse, en så kallad SGEI-tjänst och ålägga en eller flera tjänsteleverantörer allmän plikt att tillhandahålla tjänsten för viss tid utifrån de allmänna principerna för förfarandet.

**13 §. *Samarbete inom produktionen av tjänster.*** Paragrafen gäller samarbete mellan de ansvariga kommunerna för social- och hälsovårdsområdena inom produktionen av tjänster. Enligt 1 mom. kan de ansvariga kommunerna för social- och hälsovårdsområdena sinsemellan avtala om produktion av de tjänster som ingår i deras ansvar. Produktionen av tjänsterna ska grunda sig på specialupptagningsrådets genomförandeavtal och avtalet ska ta hänsyn till servicebehoven i hela specialupptagningsområdet.

Enligt 2 mom. kan den ansvariga kommunen för ett social- och hälsovårdsområde eller ett område med basal social- och hälsovård avtala med de kommuner som hör till området om produktion av social- och hälsovårdstjänster. Enskilda kommuner kan fortfarande ha verksamhetsenheter för social- och hälsovård trots att ansvaret för att organisera social- och hälsovård lyfts över från kommunerna, samkommunerna och samarbetsområden till de nya social- och hälsovårdsområdena och områdena med basal social- och hälsovård. På grundval av bestämmelsen kan verksamhetsenheternas tjänster ingå i områdets tjänsteutbud.

Tack vare 1 och 2 mom. kan social- och hälsovårdsområdena och områdena med basal social- och hälsovård komma överens om att anlita varandras tjänster i tjänsteproduktionen utan att tjänsterna behöver upphandlas enligt upphandlingslagen. Bestämmelserna tillåter alltså att den befintliga infrastrukturen och dagens serviceutbud i kommunerna utnyttjas fullt ut och effektivt. Ett villkor är dock att tjänsterna enligt avtalet inte samtidigt produceras för den öppna marknaden.

**14 §. *Program för egenkontroll.*** Enligt 1 mom. ska ett social- och hälsovårdsområde eller ett område med basal social- och hälsovård utarbeta en plan för egenkontroll. Egenkontroll är ett system för att säkerställa att verksamheten och tjänsterna anordnas som lagstiftningen föreskriver. Syftet är också att kontrollera att verksamheten och tjänsterna ordnas enligt planerna och håller hög kvalitet och att de som anlitar tjänsterna behandlas lika. Det ska dessutom anges hur det följs upp att verksamheten är korrekt och hur upptäckta brister ska åtgärdas. För att befästa öppenheten i verksamheten ska programmet publiceras på internet.

Programmet understryker att social- och hälsovårdsområdena och områdena för basal social- och hälsovård har ett ansvar för att verksamheten anordnas korrekt och håller hög kvalitet. Samtidigt är målet att förhindra att tillsynsmyndigheterna blir tvungna att ingripa i verksamheten med efterhandskontroll.

Liknande bestämmelser om planer för egenkontroll finns för närvarande i lagen om privat socialservice (922/2011) och lagen om privat hälso- och sjukvård (152/1990). Dessutom är verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården enligt 8 § i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) skyldiga att upprätta planer för att säkerställa kvaliteten och verkställa patientsäkerheten.

Lagen säger ingenting om detaljerna i programmet. På grundval av 2 mom. kan Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården vid behov meddela närmare föreskrifter om innehållet i och utarbetandet av program för egenkontroll. I detta fall kan det vara föreskrifter om att lagstadgade skyldigheter måste beaktas i programmen.

**15 §. *Specialupptagningsområden.*** I 1 mom. ingår kriterierna för att bilda specialupptagningsområden och målen med verksamheten i områdena. Specialupptagningsområdena bildas av social- och hälsovårdsområdena. Varje specialupptagningsområde ska ha ett universitetssjukhus. På så sätt kan man garantera att varje specialupptagningsområde har så stor hälso- och sjukvårdskompetens som möjligt samt resurser och kapacitet att ta hand om högspecialiserad hälso- och

sjukvård. Inom socialvården ska högspecialiserade tjänster tillhandahållas av dels kommunerna, dels den tredje sektorn och staten. Specialupptagningsområdena är skyldiga att se till att servicen är tillgänglig oberoende av om den produceras av kommunerna, staten eller privata leverantörer. Ett social- och hälsovårdsområde ska höra till det specialupptagningsområde som är mest ändamålsenligt för att planera och tillhandahålla tjänsterna.

Enligt 2 mom. är det statsrådet som beslutar om specialupptagningsområdena. Beslutet får överklagas till högsta förvaltningsdomstolen.

**16 §. Specialupptagningsområdenas uppgifter.** Paragrafen anger vilka uppgifter specialupptagningsområdena har. De ges styrningsrätt för att säkerställa att statens centralstyrning fullföljs och för att anpassa uppgifterna till de regionala behoven och förhållandena. Enligt 1 mom. ska ett specialupptagningsområde styra och samordna den lagstadgade verksamheten inom sina social- och hälsovårdsområden och områden med basal social- och hälsovård så att överlappande verksamhet och brist på service kan undvikas, de begränsade resurserna kan utnyttjas effektivt och därmed se till att social- och hälsovård tillhandahålls kostnadseffektivt och högkvalitativt och är tillgänglig på lika villkor. Specialupptagningsområdena ska följa upp hur verksamheten fördelas mellan social- och hälsovårdsområdena och i relation till socialgrupperna. Om det uppdagas skillnader som inte kan förklaras med godtagbara skäl och som kan leda till ojämlika villkor, ska specialupptagningsområdet förhandla med företrädare för områdena vilka åtgärder det krävs för att garantera likabehandling.

Specialupptagningsområdena ska samordna i synnerhet de tjänster och uppgifter som inte alla social- och hälsovårdsområden inom specialupptagningsområdet har kompetens, investeringar, resurser, beredskap eller andra förutsättningar att tillhandahålla i tillräckligt stor omfattning. Det kan till exempel vara att social- och hälsovårdsområdena kommer överens om gemensamma upphandlingar, principer för utläggning, rekrytering och

fördelning av personal och mål för att främja kvaliteten och patientsäkerheten och metoder för verkställigheten, indikatorer och uppföljning av genomförandet. Ett specialupptagningsområde ska också försäkra sig om att verksamheten bygger på vetenskaplig dokumentation och att verksamheterna inom social- och hälsovården utvecklas kontinuerligt. Då är det av vikt att stödja modeller där utvecklingsinsatser ingår som en naturlig del i det dagliga arbetet inom social- och hälsovården.

Vidare ska ett specialupptagningsområde svara för att verksamheten samordnas med styrningen på nationell nivå och se till att den nationella styrningen beaktas inom verksamheten. Det innebär exempelvis att verksamheten ska följa riktlinjerna i det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården, de nationella behandlingsrekommendationerna och de gemensamma vårdkriterierna. Specialupptagningsområdena kommer att spela en framträdande roll för att säkerställa att den nationella styrningen fungerar och de ska se till att den nationella strategin beaktas i planeringen och utvecklingen av verksamheten. Nationella riktlinjer kan gälla service till en begränsad grupp av klienter eller patienter, exempelvis nationellt cancercentrum eller organdonationer och transplantationer, men ofta berör det stora funktionella enheter. I båda fallen saknar enskilda social- och hälsovårdsområden och områden med basal social- och hälsovård möjligheter att genomföra dem på ett hållbart sätt utan att verksamheten i de övriga områdena och gemensamma resurser beaktas. Det ingår i specialupptagningsområdenas uppgifter att se helheten i sina social- och hälsovårdsområden och områden med basal social- och hälsovård och identifiera de bästa metoderna för att genomföra de nationella riktlinjerna.

Enligt 2 mom. 1 punkten ska ett specialupptagningsområde säkerställa att det finns fungerande strukturer i social- och hälsovårdsuppgifter som förutsätter samarbete över gränserna för de olika typerna av område. Vidare ska ett specialupptagningsområde fortlöpande stödja och skapa förutsättningar samarbete. Områdesövergripande samarbete innefattar bland annat dygnetruntjour, kris-

jour inom socialvården, intensivvård, tillnyktringsenhet, konsultationer som kräver specialkompetens, centralt organiserade interventioner inom mental- och missbruksvård, multiprofessionella och krävande rehabiliteringsutredningar och testningar av arbetsförmågan, boende- och rehabiliteringstjänst för olika grupper av sjukdomar och funktionsnedsättningar som kräver specialkompetens, läkemedelsförsörjning och kliniska stödtjänster (laboratorium och bilddiagnostik). Också vård och rådgivning som ges elektroniskt kan med fördel tillhandahållas regionalt. Samtidigt ska språkliga och kulturella minoriteters servicebehov tillgodoses.

När uppgifter kräver samarbete mellan flera förvaltningsområden, ska ett specialupptagningsområde ha ansvaret när de gäller hela specialupptagningsområdet. Enligt 2 punkten ska ett specialupptagningsområde i sådana fall styra uppgifterna, fatta nödvändiga beslut och meddela föreskrifter om social- och hälsovården. Paragrafen avser bland annat samarbete mellan myndigheter enligt lagen om nödcentralsverksamhet, samarbete inom hälso- och sjukvård för fångar, samarbete med polisen vid vårdhänvisningar (exempelvis vid bedömning av våldsrisk), taktisk (polisledd) prehospital akutsjukvård, rättsodontologiska undersökningar och förberedelse och hantering av situationer inom miljö- och hälso- och barnskyddet och andra exceptionella situationer.

Enligt 3 punkten ska ett specialupptagningsområde svara för att tjänster och andra uppgifter inom social- och hälsovården koncentreras till ett eller flera social- och hälsovårdsområden, om det inte är ändamålsenligt att producera dem inom alla social- och hälsovårdsområden. Det kan gälla tjänster som behövs sällan eller som kräver specialkompetens som det inte är kostnadsmässigt rationellt att ha i alla social- och hälsovårdsområden. Exempel på den typen av tjänster är vård vid riskgraviditeter och av små prematurer, tjänster till gravida kvinnor med svåra missbruksproblem och deras familjer, det planerade kompetenscentret för sällsynta sjukdomar, regionala cancercentra, rättspsykiatriska centra för barn, enheter för psykiatrisk vård för mycket svårbehandlade barn

och unga, multiprofessionellt kompetenscentrum inom barnskyddet, socialvård för personer med svår funktionsnedsättning och förberedelse för adoption. Exempelvis sällsynta sjukdomar kräver särskilda insatser för att patienternas rätt att högkvalitativ vård och rehabilitering ska kunna tillgodoses på lika villkor. Det kan hända att servicen också måste koncentreras för att kvaliteten och säkerheten ska kunna garanteras. Då måste språkliga aspekter beaktas (exempelvis service på svenska till personer med funktionsnedsättning). Att tillhandahålla den allra dyraste vården som kräver mycket högspecialiserad kompetens och sällan behövs leder till att de knappa resurserna inte används rationellt. I fortsättningen måste i synnerhet den typen av högspecialiserad vård koncentreras till vissa enheter där centraliseringen i dagsläget regleras i lag eller förordning, men som med fördel kan finnas i flera specialupptagningsområden (exempelvis reumakirurgi och undersökning och behandling av transsexuella). Än så länge finns det ingen vedertagen nivåstrukturering inom socialvården som direkt kan tillämpas i dessa fall. Punkterna 1, 2 och 3 preciseras i speciallagstiftningen om social- och hälsovården. Den bör i förekommande fall få en beskrivning av vad ansvaret för respektive uppgifter kräver av specialupptagningsområdena. Detta gäller exempelvis hälso- och sjukvårdslagen, barnskyddslagen och andra materiella lagar.

Enligt 4 punkten ska ett specialupptagningsområde för sin del svara för planeringen och samordningen av forsknings-, utbildnings- och utvecklingsverksamheten inom social- och hälsovården. I 5 punkten sägs det att de för sin del ska svara för bedömningen av behovet av arbetskraft inom social- och hälsovården. För att ta hand om dessa samordningsuppgifter bör specialupptagningsområdena bygga upp samarbetsstrukturer med universitet, yrkeshögskolor, läroanstalter, enheter inom primärvården, kompetenscentra inom det sociala området, landskapsförbund och arbetskraftsförvaltningen i området. Samarbetet bör likaså koordineras med rikstäckande aktörer som Institutet för hälsa och välfärd, Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet (Fimea), Arbets-

hälsoinstitutet och Strålsäkerhetscentralen (STUK).

I punkt 4 och 5 signalerar uttrycket ”för sin del” att syftet inte är att överföra den typen av uppgifter, till exempel planering av utbildning, som klart och tydligt hör till högskolorna och andra läroanstalter till specialupptagningsområdena. Ett annat exempel är prognostiseringen av utbildningsbehoven, som landskapsförbunden enligt lagen om utveckling av regionerna (1651/2009) ska stå för i sina områden. I stället ska specialupptagningsområdena se till att olika parter samarbetar för att verksamheten ska stödja målen i denna lag. De ska exempelvis förmedla information om förändrade kompetensbehov bland yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården till universiteten och yrkeshögskolorna i sitt område.

Enligt 6 punkten ska ett specialupptagningsområde inrätta en central för prehospita akutsjukvård och komma överens om hur dess uppgifter ska verkställas. Det betyder att uppdragen att inrätta och verkställa centralerna flyttas över från universitetssjukhusen till specialupptagningsområdena. Centralerna kan inrättas av ett enskilt social- och hälsovårdsområde eller av flera social- och hälsovårdsområden tillsammans. Social- och hälsovårdsområdet ska svara för den prehospita akutsjukvården. I verkställighetsavtalet med specialupptagningsområdet ska det anges hur den prehospita akutsjukvården i social- och hälsovårdsområdena ska planeras. Servicenivån ska läggas fast i samråd med centralen för prehospita akutsjukvård i specialupptagningsområdet så att den prehospita akutsjukvården, inklusive läkarhelikopterverksamheten, dygnetruntjouren bildar en funktionell enhet i specialupptagningsområdet. I förekommande fall måste myndigheterna tillsammans komma överens om samverkan över gränserna för specialupptagningsområdena (exempelvis sjöräddning och Gränsbevakningsväsendet). Vidare ska specialupptagningsområdena samordna social- och hälsovårdsområdenas beslut om servicenivå med hänsyn till att invånarna i hela landet måste behandlas lika. Tillsammans med social- och hälsovårdsområdena ska specialupptagningsområdena dessutom lägga fast

vilka de ledningscentraler för prehospita akutsjukvård är som är skyldiga att använda statens säkerhetsnät (Tuve) och fältlednings-system (Kejo). Beslutet ska förberedas med hänsyn till samarbetet med nödcentralen och andra säkerhetsmyndigheter.

Enligt 7 punkten ska ett specialupptagningsområde svara för samordningen av informationsförvaltningen inom social- och hälsovården och av behandlingen av klient- och patientuppgifter. Vidare ska specialupptagningsområdet se till att social- och hälsovårdsområdena och områdena med basal social- och hälsovård tillsammans kommer överens om målen för den övergripande arkitekturen och hur den ska genomföras och samtidigt sörja för att samarbetet mellan områdena utnyttjas, till exempel gemensam upphandling och centralt underhåll. I samordningen ska specialupptagningsområdet ta hänsyn till lagen om styrning av informationsförvaltningen inom den offentliga förvaltningen (634/2011), nedan kallad lagen om informationsförvaltningen. Den övergripande arkitekturen måste beakta de rikstäckande informationssystemtjänster som lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården (159/2007) och lagen om elektroniska recept (61/2007) föreskriver om. Reformerna inom informationsförvaltningen måste anpassas till hur de rikstäckande informationssystemen (Kansa och Kanta) införs. Vidare måste den övergripande arkitekturen i social- och hälsovårdsområdena och specialupptagningsområdena samordnas med nationella aktörers arkitekturer. Detta gäller särskilt i de frågor som 4 och 8 § i lagen om informationsförvaltningen reglerar.

Vidare ska specialupptagningsområdena svara för att de klient- och patientregistren i de ansvariga kommunerna för social- och hälsovårdsområdena införs samt styra och samordna användningen med hänsyn till det som föreskrivs om registerföring och behandling av uppgifter. I detta ingår det också att se till de uppgifter som ingår i att utveckla och utnyttja informationshanteringen och behandlingen av uppgifter och som det inte är rationellt att föra över på enskilda social- och hälsovårdsområden eller områden med

basal social- och hälsovård. I planerna för hur specialupptagningsområdena ska organiseras ska det anges närmare vad uppgifterna innehåller och hur ansvaret ska fördelas.

Enligt 8 punkten ska ett specialupptagningsområde svara för samordningen av social- och hälsovårdsområdenas beredskapsplanering. Enligt 12 § i beredskapslagen (1552/2011) ska kommunerna, samkommunerna och kommunernas övriga sammanslutningar genom beredskapsplaner och förberedelser för verksamhet under undantagsförhållanden samt genom andra åtgärder säkerställa att deras uppgifter kan skötas så väl som möjligt också under undantagsförhållanden. En beredskapsplan för enskilda kommuner eller social- och hälsovårdsområden räcker inte nödvändigtvis till när det vid undantagsförhållanden behövs mer omfattande samarbete mellan aktörerna i ett område för att ta läget under kontroll. Åtgärder för att upprätthålla beredskapen inför storolyckor och undantagsförhållanden i olika storleksordningar kan med fördel vistas regionalt i samarbete med regionförvaltningsverken. Beredskapsplanerna måste samordnas nog i samråd med regionförvaltningsverken och social- och hälsovårdsområdena.

Enligt 9 punkten ska ett specialupptagningsområde svara för verkställigheten av det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården inom sitt område. Målen med programmet läggs fast i ett beslut av statsrådet. Där anges det också med vilka åtgärder programmet ska genomföras. Bestämmelser om programmet ingår i 42 §.

Det ska läggas upp ett nationellt program för hur målen och åtgärderna i programmet ska genomföras. Det är huvudsakligen social- och hälsovårdsministeriet och inrättningarna under ministeriet som ska svara för målen och åtgärderna i programmet. Dessutom har det upprättats planer för den regionala utvecklingsverksamheten. En viktig del av uppgiften i 9 punkten är därmed att upprätta en regional genomförandeplan för det nationella utvecklingsprogrammet.

För att målen ska uppfyllas krävs det att de som svarar för det nationella utvecklingsarbetet och de kommunala aktörerna samarbetar. Målet är att skapa förutsättningar för ett

praktiskt inriktat samarbete kring den regionala utvecklingen. Viktiga samarbetsparter är områdena med basal social- och hälsovård, social- och hälsovårdsområdena, yrkes- högskolorna, läroanstalterna inom social- och hälsovårdsområdet, kompetenscentren för det sociala området och organisationerna inom social- och hälsovårdsområdet.

I slutrapporten om det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården (Kaste) 2008–2011 (Kaisa Lähteenmäki-Smith ja Eeva Terävä, STM, Julkaisu 2012:12) lyfts det regionala angreppssättet och dialogen mellan olika förvaltningsnivåer, särskilt nya samarbetsformer mellan regionerna och centralförvaltningen, fram som strategiskt viktiga element i programmet.

I 5 a § i lagen om planering av och statsandel för social- och hälsovården (733/1992) sägs det att social- och hälsovårdsministeriet kan tillsätta regionala ledningsgrupper som stöd för verksamheten i delegationen för social- och hälsovård. Bestämmelsen föreslås bli upphävd. Det är specialupptagningsområdet som ska bestämma på vilket sätt det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården ska genomföras i området. Specialupptagningsområdet kan, om det vill, tillsätta en grupp motsvarande den regionala ledningsgruppen för detta ändamål.

I dagsläget är ordförandena för de regionala ledningsgrupperna medlemmar i den rikstäckande styrgruppen för det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården. I fortsättningen ska specialupptagningsområdet utse företrädare i styrgruppen.

Enligt 10 ska specialupptagningsområdet stödja sina kommuner, områden med basal social- och hälsovård och social- och hälsovårdsområden i det regionala samarbetet kring främjandet av hälsa och välfärd i enlighet med 9 §. Det innebär att specialupptagningsområdet exempelvis i genomförandeavtalet ska säkerställa att det finns nödvändigt regionalt samarbete och komma överens om vem som svarar för samarbetet i hela specialupptagningsområdet.

Enligt 11 punkten ska specialupptagningsområdet svara för analyseringen och utnyttjandet av uppföljningsuppgifter som gäller hälsa och välfärd. Specialupptagningsområ-

det ska se till att information och kunskap sprids bland aktörerna i området. Vidare ska ett specialupptagningsområde med sina samarbetspartner komma överens om hur kunskaperna ska utnyttjas i arbetet för att utveckla social- och hälsovården och förbättra ledningen av verksamheten. För att informationen ska kunna utnyttjas måste den få spridning bland områdena med basal social- och hälsovård och social- och hälsovårdsområden, men också bland kommunerna som stöd i deras generella uppdrag att främja hälsa och välfärd. Det finns ett flertal källor för välfärdsinformation och uppföljningsdata. På basnivå ska uppgifter samlas in av kommunerna, områdena med basal social- och hälsovård och social- och hälsovårdsområdena. Social- och hälsovårdsförvaltningen bör dra nytta av bland annat rapporter från patientombudsmännen och socialombudsmännen. Bland andra Institutet för hälsa och välfärd och Statistikcentralen samlar in information centralt.

I 3 mom. föreskrivs det att specialupptagningsområdena ska beakta den samiskspråkiga befolkningens särskilda servicebehov i sin verksamhet. Det specialupptagningsområde som kommunerna inom samernas hembygdsområde, som anges i 4 § i sametingslagen (974/1995), hör till ska vid skötseln av sina uppgifter särskilt beakta den samiskspråkiga befolkningens servicebehov och främja det nordiska samarbetet i anslutning till social- och hälsovårdstjänster på samiska. I det ansvar som områdena med basal social- och hälsovård och social- och hälsovårdsområdena har för att ordna tjänster ingår det alltid att ta hänsyn till samiska språklagen. I 6 § 1 mom. ingår det en hänvisning till samiska språklagen. Lagförslaget avser emellertid att stödja samernas möjligheter att påverka hur tjänsterna utförs, på vilket sätt det ordnas och vad de innehåller så att inte bara deras språk beaktas utan att man också bevarar och utvecklar deras kultur inom samernas viktigaste bosättningsområden.

Enligt 4 § i statsrådets förordning om kompetenscentrumverksamhet inom det sociala området (1411/2001) får Norra Finlands kompetenscentrum inom det sociala området särskilt statsunderstöd för uppgifter som är

nödvändiga för att beakta den samiskspråkiga befolkningens servicebehov. I kompetenscentrumets särskilda uppgifter ingår det att utveckla välfärdstjänsterna till samerna, det vill säga att säkerställa särskilda tjänster till samerna och service på samiska och att utveckla servicen med utgångspunkt i samiskan och den samiska kulturen. Den samiska enheten finns vid Samtinget i Enontekis. Norra Finlands kompetenscentrum inom det sociala området är den naturliga samarbetspartnern för det specialupptagningsområde som avses i 16 § 3 mom. och de uppgifter som nämns där.

### 3 kap. Förvaltning

Social- och hälsovårdsområden och områden med basal social- och hälsovård

**17 §.** *Förvaltningen av social- och hälsovårdsområden och områden med basal social- och hälsovård.* Paragrafen reglerar förvaltningen av social- och hälsovårdsområden och områden med basal social- och hälsovård. På grundval av 1 mom. är det den ansvariga kommunen som har ansvar för att ordna social- och hälsovård. I stället för en ansvarig kommun kan en samkommun ansvara för verksamheten i ett social- och hälsovårdsområde på de villkor som anges i 19 §. Förvaltningen av områden med basal social- och hälsovård ska alltid ordnas enligt modellen med ansvarig kommun.

Den ansvariga kommunen ska ett gemensamt organ för de kommuner som ingår i området. Organet svarar för att ordna socialvård och hälso- och sjukvård och har hand om ekonomin och anknytande frågor. Mynigheter, personal och verksamhetsenheter som svarar för förvaltning, uppgifter och tjänster inom social- och hälsovården är underställda organet. Organet ska se till alla kommuner i området utför de uppgifter inom social- och hälsovården som ingår i olika lagar på behörigt sätt.

I 2 mom. anges det vilken ort som är ansvarig kommun. I social- och hälsovårdsområden är huvudorten i landskapet ansvarig kommun. Huvudorterna räknas upp i 3 § 1 mom. 4 punkten. Om social- och hälso-



vårdsområdet har bildats utifrån en kommun med minst 50 000 invånare i enlighet med 8 § 2 mom., är den till invånarantalet största kommunen i området ansvarig kommun.

Ansvarig kommun för ett område med basal social- och hälsovård är den till invånarantalet största kommunen i området. Men kommunerna i området kan komma överens om att någon annan kommun är ansvarig kommun. Detta kan bli aktuellt om det i området finns två kommuner med fler än 20 000 invånare och de är ungefär lika stora.

I 3 mom. sägs det att den högsta beslutanderätten utövas av representantmötet för kommunerna enligt 20 § när det är den ansvariga kommunen som svarar för att ordna social- och hälsovården. Vidare sägs det att huvudprinciperna för samarbetet mellan social- och hälsovårdsområdena och områdena med basal social- och hälsovård ska ingå i det samarbetsavtal som representantmötet ingår enligt 21 §. I den ansvariga kommunen svarar det gemensamma organet enligt 22 § för den operativa ledningen av verksamheten.

**18 §. Juridiskt och ekonomiskt ansvar.** Enligt 17 § är det huvudsakligen den ansvariga kommunen som svarar för förvaltningen av social- och hälsovården. Modellen med ansvarig kommun har inte tidigare tillämpats obligatoriskt i lagstadgat samarbete mellan kommunerna. I frivilligt samarbete har kommunerna kommit överens om villkoren enligt 76 och 77 § i kommunallagen (365/1995). I sådana fall kommer kommunerna överens om att en kommun har hand om uppgiften för de övriga kommunerna. Då är det den ansvariga kommunen som har det juridiska ansvaret för verksamheten.

I obligatoriskt samarbete mellan kommuner enligt en modell med ansvarig kommun är läget ett helt annat än i dagens avtalsbaserad samarbete. Därför måste lagen föreskriva mer ingående om villkoren för samarbete mellan kommunerna. Det juridiska ansvaret är en av de viktigaste frågorna som måste regleras.

Enligt 1 mom. har den ansvariga kommunen har det juridiska ansvaret för att ordna social- och hälsovården. Det betyder att exempelvis statliga myndigheter i första hand har kontakt med den ansvariga kommunen i

frågor som gäller social- och hälsovård. I själva verksamheten är det det gemensamma organet och förvaltningen under det som har hand om frågorna.

På grundval av 2 mom. bestäms det ekonomiska ansvaret för organets beslut och för verkställigheten av dem enligt 25–29 och 47–51 §. I 25–29 § ingår det bestämmelser om bokföringsskyldighet, bokslut, verksamhetsberättelse och kapital och upplåning i fråga om organet. I 47–51 § regleras det hur kommunerna ska vara med och finansiera verksamheten. Närmare kommentarer till innehållet ingår i detaljmotiveringen till respektive paragrafer.

**19 §. Samkommuner.** Paragrafen reglerar de villkor som måste vara uppfyllda för att kommunerna ska kunna bestämma att en samkommun och inte en ansvarig kommun svarar för att ordna social- och hälsovården. Enligt 1 mom. 1 punkten ska invånarantalet i centralkommunen i området vara mindre än hälften av det sammanlagda invånarantalet i hela området. Om invånarantalet i centralkommunen i området är mer än 50 procent av invånarantalet i hela området, kan kommunerna inte komma överens om att en samkommun svarar för att ordna social- och hälsovården. Med centralkommun avses huvudorten i landskapet och en kommun enligt 8 § 2 mom. med minst 50 000 invånare. Vidare ingår det i 2 punkten ett förfarande för hur kommunerna kan komma överens om att inrätta en samkommun med ansvar för att ordna social- och hälsovård. Minst hälften av kommunerna i området måste vara för samkommunsmodellen och deras invånarantal måste vara minst två tredjedelar av det sammanlagda invånarantalet i hela området.

Om kommunerna har kommit överens om att en samkommun ska svara för verksamheten inom ett social- och hälsovårdsområde, tillämpas enligt 2 mom. bestämmelserna i kommunallagen om samkommuners förvaltning på samkommunen. Avsteg får göras från bestämmelserna om denna lag föreskriver om undantag från kommunallagen. Vidare sägs det bestämmelserna i 20 § och 21 § 3 mom. om beslutsfattandet vid representantmötet för den ansvariga kommunen tillämpas på godkännande och ändring av grundavtalet

för en samkommun. Utifrån bestämmelserna är det representantmötet som beslutar om grundavtalet. Representanternas röstetal grundar sig på kommunens invånarantal.

**20 §. Representantmöte.** I ett social- och hälsovårdsområde eller område med basal social- och hälsovård är det representantmötet för kommunerna som har den högsta beslutanderätten. Enligt 1 mom. beslutar representantmötet om samarbetsavtal för social- och hälsovårdsområdena eller områdena med basal social- och hälsovård samt om de mål för verksamheten och ekonomiska mål som ska ställas för social- och hälsovården. Representantmötet godkänner också årligen budgeten och verksamhetsplanen för området. Budgeten och verksamhetsplanen är centrala beslut som ska styra beslutsfattandet för det organ i den ansvariga kommunen som avses i 22 § när organet ska se till att det ordnas social- och hälsovård. Representantmötet utser också organet. Närmare bestämmelser om samarbetsavtal finns i 21 §. I målen för verksamheten och de ekonomiska målen definieras de viktigaste principerna och ekonomiska resurserna, och det gemensamma organet i en ansvarig kommun, som svarar för den praktiska verksamheten i området, sköter de uppgifter som hör till organet i enlighet med dessa.

I 2 mom. finns det bestämmelser om kommunernas representanter och deras röstetal vid representantmötet. Enligt bestämmelsen ska varje kommun vara företrädd genom minst en representant vid mötet. I övrigt finns det inga bestämmelser om representanternas antal. Kommunerna får alltså bestämma hur många representanter de utser till representantmötet. Vid mötet grundar sig kommunrepresentanternas sammanlagda röstetal på kommunens invånarantal, om kommunerna inte särskilt har kommit överens om något annat. Det sammanlagda röstetallet för de representanter som kommunen har utsett fördelas jämnt mellan de av representanterna som är närvarande.

Representantmötet ska ges en sammansättning som svarar mot den andel röster som olika grupper som är företrädda i fullmäktige i kommunerna i området har fått inom området vid kommunalvalen med iakttagande av

proportionalitetsprincipen enligt vallagen (714/1998). Detta kan begränsa kommunernas möjlighet att utse den representant som de önskar till mötet, om den politiska representativiteten inte kan säkerställas på något annat sätt.

Om representanternas röstetal grundar sig enbart på invånarantalet på det sätt som har beskrivits, kan det leda till att de representanter som utsetts av den största kommunen i området tillsammans har över hälften av de disponibla rösterna vid mötet. Betydelsen av detta kan i viss grad minskas av att erfarenheterna från kommunernas övriga samarbetsorgan har visat att representanterna ofta grupperar sig och röstar mera enligt parti-grupp än enligt hemkommun.

I 3 mom. finns det bestämmelser om representantmötets beslutförhet. Mötet är beslutfört när minst två tredjedelar av de kommuner som deltar i representantmötet är företrädda vid mötet. Dessutom ska kommunernas invånarantal vara minst hälften av det sammanlagda invånarantalet i kommunerna i området.

Enligt 4 mom. ska bestämmelserna i 7 och 11 kap. i kommunallagen tillämpas på representantmötets verksamhet och beslutsförfarande samt på sökande av ändring i beslut som fattats vid mötet.

**21 §. Samarbetsavtal.** I det samarbetsavtal som fastställs vid representantmötet för kommunerna i ett område kommer man överens om de viktigaste samarbetsprinciperna som ska iakttas i beslutsfattandet om och genomförandet av den social- och hälsovård som ordnas av den ansvariga kommunen för ett social- och hälsovårdsområde eller område med basal social- och hälsovård. Enligt 1 mom. 1 punkten ska det i samarbetsavtalet avtalas om sättet som beslutsfattandet för det representantmöte som avses i 20 § och det organ som avses i 17 § ska ordnas på. Enligt 2 punkten ska avtalet innehålla bestämmelser om representantmötets uppgifter och befogenheter. Enligt 3 punkten ska antalet representanter för kommunerna och deras rösträtt vid representantmötet fastställas i avtalet. Enligt 4 punkten ska avtalet innehålla bestämmelser om antalet ledamöter i organet och om grunderna för deras rösträtt. Punkt 5

gäller finansieringen av social- och hälsovården och andra ekonomiska frågor. Samarbetsavtalet kan i stort sett anses motsvara de grundavtal för samkommuner som det föreskrivs om i kommunallagen.

Såsom konstaterats ska man i samarbetsavtalet komma överens om hur rösträtten för kommunrepresentanterna ska bestämmas. Utgångspunkten är enligt 20 § att kommunrepresentanternas sammanlagda röstetal ska basera sig på kommunens invånarantal. I samarbetsavtalet kan man också komma överens om något annat. Man kan till exempel begränsa rösträtten för representanterna för en kommun så att den inte överstiger 50 procent. I samarbetsavtalet kan det enligt 2 mom. också avtalas att kvalificerad majoritet i enlighet med avtalet fordras vid beslut i ärenden som bestäms särskilt. I likhet med begränsningen av rösträtten gör bestämmelsen om kvalificerad majoritet det möjligt att förhindra att representanterna för en kommun får en dominerande ställning i beslutsfattandet.

I 4 mom. finns det bestämmelser om godkännande och ändring av ett samarbetsavtal. Enligt bestämmelsen ska ett avtal och en ändring i ett avtal godkännas vid representantmötet. Om kommunerna inte har kommit överens om något annat, är en förutsättning för godkännande eller ändring av ett avtal att detta stöds av en eller flera kommuner vars invånarantal är minst hälften av det sammanlagda röstetalet för de representanter som är närvarande vid representantmötet. Kommunerna kan således också komma överens om att ett godkännande eller en ändring av ett avtal kräver till exempel kvalificerad majoritet.

**22 §. Gemensamt organ.** I paragrafen finns det bestämmelser om det gemensamma organet i en ansvarig kommun samt om dess sammansättning. Enligt 1 mom. ska det i den ansvariga kommunen finnas ett gemensamt organ som ansvarar för ordnandet av social- och hälsovården i de kommuner som hör till social- och hälsovårdsområdet eller området med basal social- och hälsovård. Mandattiden för organet är densamma som kommunalvalsperioden, om inte något annat har bestämts vid representantmötet. Mandattiden

är samma som den som föreskrivs för ledamöterna i kommunala organ i 19 § i kommunallagen.

Enligt 2 mom. ska de personer som ska utses till ledamöter i organet vara valbara till motsvarande organ i de kommuner som hör till området.

Organet ska enligt 3 mom. ges en sammansättning som svarar mot den andel röster som olika grupper som är företrädare i fullmäktige i kommunerna i området har fått inom området vid kommunalvalen med iakttagande av proportionalitetsprincipen enligt vallagen.

I övrigt ska sammansättningen av det gemensamma organet i en ansvarig kommun enligt 4 mom. motsvara sammansättningen av de kommunala organ som det föreskrivs om i kommunallagen. I paragrafen konstateras det dessutom att organets sammansättning ska följa bestämmelserna i kommunallagen.

**23 §. Organets uppgifter.** I paragrafen finns det bestämmelser om uppgifterna för det gemensamma organet i en ansvarig kommun. Enligt 1 mom. ska organet fatta beslut i de frågor enligt 10 § som omfattas av ansvaret för att ordna social- och hälsovård. Besluten ska grunda sig på de mål för verksamheten och ekonomiska mål som stakats ut vid representantmötet samt på en godkänd budget och verksamhetsplan.

Enligt 1 punkten ska organet se till att ansvaret för att ordna social- och hälsovård uppfylls.

Enligt 2 punkten ska organet besluta om utvecklandet av social- och hälsovården i området samt följa hur målen nås och rapportera om detta till kommunerna i området.

Enligt 2 mom. har organet också till uppgift att bevaka de intressen som social- och hälsovårdsområdet eller området med basal social- och hälsovård har i ärenden som omfattas av ansvaret för att ordna social- och hälsovård. Närmare bestämmelser om ärenden som omfattas av ansvaret för att ordna tjänster finns i 10 §. Organet ska också företräda sitt område i ärenden som gäller social- och hälsovård samt ingå avtal som gäller social- och hälsovården och hur den ska ordnas. Till denna del är organet i enlighet med

18 § också juridiskt ansvarigt för sin verksamhet och de avtal som det ingår.

Enligt 3 mom. har kommunstyrelsen i den ansvariga kommunen inte rätt att i enlighet med 51 § i kommunallagen ta upp ett ärende enligt 1 mom. eller ett beslut som fattats av organet eller en myndighet som lyder under organet till behandling i kommunstyrelsen. Genom att förbjuda rätten att överta ärenden säkerställer man att verksamheten för organet och dess underlydande myndigheter grundar sig på de beslut som fattats vid representantmötet och av det gemensamma organ som utsetts vid representantmötet, och därigenom på de avgöranden som träffats av kommunerna i området. I fråga om andra beslut som fattas av organet tillämpas 51 § i kommunallagen, om kommunerna inte har kommit överens om något annat i samarbetsavtalet.

**24 §. Sektioner för minoritetens språk.** I de social- och hälsovårdsområden och områden med basal social- och hälsovård som omfattar kommuner med olika språk eller tvåspråkiga kommuner ska det enligt paragrafen finnas en sektion som tillsatts av organet och som har till uppgift att övervaka tillgången till och kvaliteten på tjänsterna för den språkliga minoriteten i området och att lägga fram förslag om hur tjänsterna kan utvecklas. Sektionen föreslås inte ha någon bindande beslutanderätt i fråga om social- och hälsovårdsområden eller områden med basal social- och hälsovård. Den ska varje år lämna organet i området en berättelse om tillhandahållandet av tjänster till den språkliga minoriteten. Syftet med berättelsen är att ge organet information som det kan dra nytta av vid planeringen av servicen för den språkliga minoriteten.

Enligt 2 mom. ska personer som företräder den språkliga minoriteten i området utses till medlemmar i sektionen. Företrädarna för den språkliga minoriteten kan alltså väljas även från andra kommuner än de kommuner med olika språk eller tvåspråkiga kommuner som finns i området.

I 3 mom. finns det bestämmelser om en sektion för samiska språket. Enligt bestämmelsen ska det inrättas en sådan sektion i ett social- och hälsovårdsområde som omfattar en kommun som hör till samernas hem-

bygdsområde. Sådana kommuner är Enontekis, Enare och Utsjoki. Dessutom hör renbeteslaget Lapin paliskuntas område i Sodankylä kommun till samernas hembygdsområde.

Om förvaltningen av ett social- och hälsovårdsområde har ordnats enligt samkommunsmodellen ska en sådan sektion som avses i paragrafen enligt 4 mom. vara underställd styrelsen för samkommunen.

**25 §. Bokföringsskyldighet.** I paragrafen föreskrivs det särskilt om bokföringsskyldigheten i fråga om social- och hälsovården. I 1 mom. föreskrivs det att bokföringen ska särredovisas i kommunens bokföring. Organets verksamhet ska utgöra en del av kommunens organisation och dess bokföring ska ingå i kommunens bokföring. Organet ska alltså inte vara en självständig bokföringsskyldig, utan kommunen är med stöd av 67 § i kommunallagen bokföringsskyldig även i fråga om social- och hälsovården.

Bokföringen av affärshändelser i ämnesordning ska utgöra organets huvudbokföring, och den ska samtidigt utgöra en del av kommunens huvudbokföring. Organets bokföring ska sammanställas med kommunens övriga bokföring i bokslutet och mellanbokslutet så att interna inkomster och utgifter, internfordringar och internskulder samt interna innehav och internvinster elimineras.

I 2 mom. finns det bestämmelser om tillämpningen av bokföringsnämndens anvisningar och utlåtanden. Bokföringsnämnden ska meddela anvisningar och avge utlåtanden om tillämpningen av bokföringslagen (1336/1997) och 68–70 § i kommunallagen även i fråga om social- och hälsovården. I fråga om verksamheten tillämpas kommunsektionens allmänna anvisning om den bokföringsmässiga behandlingen av en kommuns eller samkommuns affärsverk.

Vid balansräkningen iakttas bokföringslagen och de anvisningar om tillämpningen av bokföringslagen som meddelats av bokföringsnämndens kommunsektion. Huvudprincipen är att den ingående balansen ska upprättas utifrån de bokföringsvärden som antecknats för kommunen.

**26 §. Organets bokslut.** I paragrafen finns det bestämmelser om skyldigheten att upprät-

ta ett särskilt bokslut för organets verksamhet.

Enligt 1 mom. är organets räkenskapsperiod kalenderåret. Organet ska upprätta ett särskilt bokslut och lämna en balansräkning till kommunens revisorer för granskning och till kommunstyrelsen för sammanställning i kommunens bokslut.

Enligt 2 mom. ska det särskilda bokslutet omfatta balansräkning, resultaträkning, finansieringsanalys och noter till dem samt en tablå över budgetutfallet och en verksamhetsberättelse. Bokslutet ska ge en rättvisande bild av tillräckligheten av organets internt tillförda medel under räkenskapsperioden.

Bokslutskalkylerna ska upprättas med iakttagande av uppställningsformerna för balansräkning, resultaträkning och finansieringsanalys i bokföringsnämndens kommunsektions affärsverksanvisning samt den anvisning om noterna som kommunsektionen meddelat. Det särskilda bokslutet ska sammanställas i kommunens bokslut. I sammanställningen elimineras de interna inkomsterna och utgifterna, internfordringarna och internskulderna samt interna grundkapitalinvesteringarna och internvinster för organets och kommunens övriga uppgifter. Vid sammanställningen iaktas nämnda allmänna affärsverksanvisning från bokföringsnämndens kommunsektion.

Enligt 3 mom. ska ordföranden för organet underteckna det särskilda bokslutet. Beslut om godkännande av det särskilda bokslutet och beviljande av ansvarsfrihet fattas i enlighet med 26 § av representantmötet i samband med godkännandet av bokslutet. Kommunens revisionsnämnd har enligt 71 § 2 mom. i kommunallagen även i uppgift att bereda de ärenden som gäller granskningen av dess förvaltning och ekonomi, samt att bedöma huruvida de mål som satts upp för representantmötets verksamhet har nåtts.

Revisorn genomför granskningen av organets verksamhet inom ramen för granskningen av kommunen. Revisorn framlägger de utlåtanden om organets verksamhet som avses i 73 § i kommunallagen och en sådan anmärkning som avses i 75 § i kommunallagen i kommunens revisionsberättelse.

**27 §. Verksamhetsberättelse och behandling av räkenskapsperiodens resultat.** Enligt 1 mom. ska organet i verksamhetsberättelsen redogöra för hur de mål som ställts upp i budgeten har nåtts under räkenskapsperioden. I verksamhetsberättelsen ska det också ingå uppgifter om sådana väsentliga omständigheter som gäller ekonomi och som inte ska redovisas i resultaträkningen, finansieringsanalysen eller balansräkningen. Verksamhetsberättelsen ska ingå i det särskilda bokslutet.

Organet ska också lägga fram ett förslag till behandling av räkenskapsperiodens resultat. Med räkenskapsperiodens resultat avses räkenskapsperiodens överskott eller underskott före överföringar av reserveringar. Av ett resultat som uppvisar överskott kan det göras en investeringsreservering. Reserveringen begränsas av kommunens sammanlagda resultatutveckling. Detta innebär att organet kan göra en reservering till högst beloppet av kommunens överskottsposter. Till överskottsposterna räknas då kommunens överskott eller underskott för räkenskapsperioden, kommunens överskott eller underskott för tidigare räkenskapsperioder samt kommunens egna fonder. En kommuns uppskrivningsfond ska inte räknas som en överskottspost, eftersom behandlingen av uppskrivningsfondens kapital som överskott skulle innebära att uppskattade, men ännu inte realiserade överlåtelsevinster inom bestående aktiva intäktsförs på förhand och binds till reserveringarna.

Ett förslag till investeringsreserv framförs av organet i samband med dess bokslut. Beslut om överföringar av reserveringar fattas av fullmäktige i samband med godkännandet av bokslutet.

Enligt 2 mom. ska bokslutet godkännas och ansvarsfrihet för organet beviljas av representantmötet för kommunerna i social- och hälsovårdsområdet eller området med basal social- och hälsovård. Kommunerna kan också komma överens om något annat i samarbetsavtalet i fråga om godkännandet av bokslutet och beviljandet av ansvarsfrihet.

**28 §. Organets eget kapital.** Paragrafen innehåller bestämmelser om en kommuns pla-

ceringar i eget kapital och om uppskrivningsfonden samt övriga kapitalposter.

Enligt 1 mom. består det egna kapitalet av grundkapitalet, uppskrivningsfonden samt övriga poster av eget kapital. Det egna kapitalet ska utgöra en del av kommunens eget kapital. Vid grupperingen av det egna kapitalet iaktas balansräkningsschemat enligt bokföringsnämndens kommunsektions balansräkningsanvisning och affärsverksanvisning. Enligt anvisningen om upprättande av balansräkning för kommuner är övriga poster av eget kapital övriga egna fonder, överskott/underskott från tidigare räkenskapsperioder och räkenskapsperiodens överskott/underskott.

Enligt 2 mom. är grundkapitalet kommunens placering i eget kapital. Då ett organ inrättas antecknas det kapital motsvarande nettotillgångar som överförs av kommunen som grundkapital. Nettotillgångarna beräknas så att man från de medel som överförs till verksamheten drar av de skulder och obligatoriska reserveringar som överförs till verksamheten. En del av det kapital som överförs kan även antecknas som långfristigt lån från kommunen. Kommunens grundkapital kan utgöras endast av det kapital som investerats av den ansvariga kommunen. Övriga avtalskommuners långfristiga kapitalinvesteringar ska behandlas som investering i främmande kapital. Så bör man förfara eftersom det i kommunallagen inte finns någon bestämmelse om en kommuns ställning som ägare i en annan kommun.

I 2 mom. finns det också bestämmelser om uppskrivningsfonden som en post av eget kapital. Uppskrivningsfonden ska bestå av bokföringslagens uppskrivningar bland bestående aktiva. Enligt 17 § i bokföringslagen kan uppskrivningar göras i fråga om jordområden och investeringar i bestående aktiva. I övrigt iaktas vid uppskrivningar och återförande av uppskrivningar balansräkningsanvisningen från bokföringsnämndens kommunsektion.

Om de övriga posterna av eget kapital föreskrivs det inte särskilt, utan när det gäller posternas innehåll och antecknandet av dem i balansräkningen iaktas anvisningarna från bokföringsnämndens kommunsektion. Här-

lett från kommunsektionens allmänna balansräkningsanvisning och affärsverksanvisning innebär organets övriga poster av eget kapital övriga egna fonder, överskott/underskott från tidigare räkenskapsperioder och räkenskapsperiodens överskott/underskott.

**29 §. Lån.** I paragrafen finns det bestämmelser om organets lånerätt. Enligt paragrafen fattas beslut om lån av organet inom den ram som samarbetsavtalet tillåter. Organets beslutanderätt i fråga om upplåningen under räkenskapsåret begränsas också av de mål för verksamheten och ekonomiska mål som ställts upp av representantmötet.

Befogenheterna vid konkurrensutsättningen av upplåningen och bestämmandet av tidpunkten för lyftande av lån kan fortfarande vara koncentrerade till kommunstyrelsen eller den finansiella ledningen, om detta fortfarande anses ändamålsenligt. En ansvarig kommun kan bevilja ett organ finansiering i form av främmande kapital. Även andra lån än lån från en ansvarig kommun behandlas som externt främmande kapital. De lån som en ansvarig kommun beviljat organet elimineras som internfordringar och internskulder i kommunens bokslut.

**30 §. Tillämpning av bestämmelser om organet.** I paragrafen finns det en hänvisning om att de allmänna bestämmelserna om ansvariga kommuner som finns i 77 § i kommunallagen ska tillämpas på organet. Bestämmelser om möjligheten att kräva rättelse i eller överklaga ett beslut som fattats av organet finns i 73 §.

#### Specialupptagningsområden

**31 §. Samkommunen för ett specialupptagningsområde.** För ett specialupptagningsområdes uppgifter enligt 16 § svarar den samkommun vars medlemmar är kommuner i specialupptagningsområdet. På en samkommun för ett specialupptagningsområde tillämpas bestämmelserna om samkommuner i kommunallagen, om inte något annat föreskrivs i denna lag. Enligt 78 § 1 mom. i kommunallagen bildas en samkommun genom ett avtal mellan kommunerna, vilket godkänns av fullmäktige (grundavtal). En samkommun för ett specialupptagningsom-

råde bildas genom ett grundavtal som godkänns av fullmäktige i kommunerna. När ett avtal om bildande av en samkommun upprättas ska 78 § i kommunallagen iakttas, om det inte finns särskilda bestämmelser om någon omständighet i den lag som nu föreslås. Enligt 78 § 3 mom. i kommunallagen ska man i grundavtalet för en samkommun komma överens om

1) hur beslutsfattandet i samkommunen ordnas,

2) antalet ledamöter i samkommunens organ eller antalet representanter vid samkommunstämmorna och grunderna för rösträtten,

3) uppgifterna och befogenheterna för en eventuell samkommunsstämman,

4) vilket av samkommunens organ som bevakar samkommunens intressen, representerar samkommunen och ingår avtal för dess räkning samt på vilket sätt beslut fattas om rätten att teckna samkommunens namn,

5) medlemskommunernas andelar i samkommunens tillgångar och deras ansvar för samkommunens skulder samt annat som gäller samkommunens ekonomi,

6) ställningen för en medlemskommun som utträder ur samkommunen och för de medlemskommuner som fortsätter verksamheten,

7) hur samkommunens förvaltning och ekonomi ska granskas, samt om

8) förfarandet vid upplösning och likvidation av samkommunen.

Vid upprättandet av ett grundavtal ska man alltså beakta till exempel bestämmelserna i den lag som nu föreslås som gäller samkommunstämmans uppgifter, antalet representanter vid samkommunstämmorna och grunderna för rösträtten samt styrelsen för specialupptagningsområdet och dess uppgifter.

Ett grundavtal kan ändras i enlighet med 79 § 1 mom. i kommunallagen. En ändring är möjlig om minst två tredjedelar av medlemskommunerna understöder den och deras invånarantal är minst hälften av det sammanräknade invånarantalet i samtliga medlemskommuner.

Modellen med samkommuner föreslås med anledning av att ett specialupptagningsområde i betydande utsträckning kommer att ut-

öva offentlig makt och ha myndighetsuppgifter. Det bör utgöra en egen juridisk person.

**32 §. Specialupptagningsområdets samkommunstämma.** Enligt 1 mom. är samkommunstämmorna det högsta beslutande organet i ett specialupptagningsområde. Vid ett specialupptagningsområdes samkommunstämma ska alla kommuner som hör till social- och hälsovårdsområdena i specialupptagningsområdet vara företrädde. Antalet representanter för kommunerna och deras röstetal vid samkommunstämmorna bestäms enligt kommunernas invånarantal. Vid samkommunstämmorna ska varje kommun vara företrädde genom minst en representant. Samkommunstämma ska enligt 2 mom. hållas minst två gånger om året, och den är beslutför när minst två tredjedelar av det sammanlagda invånarantalet i de kommuner som är medlemmar i specialupptagningsområdet är företrädde vid stämman.

Samkommunstämmorna har enligt 3 mom. till uppgift att meddela behövliga föreskrifter om beredningen av ärenden och verkställigheten av beslut som hänför sig till specialupptagningsområdets uppgifter samt att besluta om finansieringen av specialupptagningsområdet.

**33 §. Styrelsen och dess uppgifter.** För det praktiska utförandet av ett specialupptagningsområdes uppgifter svarar enligt 1 mom. styrelsen för specialupptagningsområdet, som utses av specialupptagningsområdets samkommunstämma.

Styrelsen har sådana uppgifter som på sedvanligt sätt hör till styrelsen för en samkommun. Den svarar enligt 2 mom. för specialupptagningsområdets förvaltning och ekonomi samt för beredningen och verkställigheten av samkommunstämmans beslut och för tillsynen över beslutens laglighet. Styrelsen bevakar specialupptagningsområdets intressen samt företräder specialupptagningsområdet och för dess talan, om inte något annat bestäms i grundavtalet.

**34 §. Styrelsens sammansättning.** Syftet med sammansättningen av styrelsen, som utövar den högsta verkställande makten inom specialupptagningsområdet, är att säkerställa att det finns tillräckligt med innehållskompetens inom social- och hälsovården. I paragra-

fen finns det bestämmelser om två olika sammansättningar av styrelsen för ett specialupptagningsområde, av vilka den ena är en utvidgad sammansättning för frågor som gäller planeringen och samordningen av forsknings-, utbildnings- och utvecklingsverksamheten samt bedömningen av behovet av arbetskraft inom social- och hälsovården. Genom att ha ett tvådelat förfarande för beslutsfattandet säkerställer man att det är de politiskt valda representanterna för området som fattar besluten om det faktiska service-systemet och dess finansiering.

Enligt 1 mom. ska varje social- och hälsovårdsområde ha minst en representant i styrelsen för det aktuella specialupptagningsområdet. Genom bestämmelsen säkerställs det att varje social- och hälsovårdsområde oberoende av storleken blir representerat i styrelsen för specialupptagningsområdet. När styrelsen behandlar frågor enligt 16 § 4 punkten om forsknings-, utbildnings- och utvecklingsverksamheten inom social- och hälsovården samt frågor enligt 16 § 5 mom. om planeringen och samordningen av bedömningen av behovet av arbetskraft ska enligt 2 mom., förutom de ledamöter som nämns i 1 mom., även högskolorna, forsknings- och utvecklingsverksamheten i området samt arbetskraftsförvaltningen och landskapsförbunden vara företrädare i styrelsen.

**35 §. Styrelsens beslutförhet.** Styrelsen för ett specialupptagningsområde är enligt 1 mom. beslutför när över hälften av ledamöterna är närvarande.

När styrelsen arbetar i den sammansättning som avses i 34 § 2 mom. är enligt 2 mom. en förutsättning för att den ska vara beslutför utöver det som föreskrivs i 1 mom. att de närvarande ledamöter som representerar social- och hälsovårdsområdena utgör majoritet tillsammans med ordföranden. På så sätt vill man säkerställa att beslutanderätten i sista hand ligger hos dem som representerar kommunerna.

**36 §. Sektioner för minoritetens språk i specialupptagningsområden.** I specialupptagningsområden som omfattar kommuner med olika språk och tvåspråkiga kommuner ska det enligt paragrafen finnas en sektion som tillsatts av styrelsen och som har till

uppgift att övervaka tillgången till och kvaliteten på tjänsterna för den språkliga minoriteten i specialupptagningsområdet samt att lägga fram förslag om hur tjänsterna kan utvecklas. Sektionen kan även ha andra uppgifter som bestämts av specialupptagningsområdet. Sektionen föreslås inte ha någon bindande beslutanderätt i fråga om social- och hälsovårdsområden eller områden med basal social- och hälsovård. Den ska varje år lämna specialupptagningsområdet en berättelse om tillhandahållandet av tjänster till den språkliga minoriteten inom specialupptagningsområdet. Syftet med berättelsen är att ge specialupptagningsområdet information som det kan dra nytta av i sin uppgift att styra, samordna och planera verksamheten.

Enligt 2 mom. ska personer som företräder den språkliga minoriteten inom specialupptagningsområdet utses till medlemmar i sektionen. Företrädarna för den språkliga minoriteten kan alltså väljas även från andra kommuner än de kommuner med olika språk eller tvåspråkiga kommuner som finns i området.

**37 §. Genomförandeavtal.** I paragrafen finns det bestämmelser om sådana genomförandeavtal som upprättas för utförandet av uppgifter i ett specialupptagningsområde, samt om innehållet i, beredningen av och fastställandet av sådana avtal. Avsikten är att ett genomförandeavtal ska vara långsiktigt och beskriva verksamhet av en bestående natur i specialupptagningsområdet.

Avtalet ska upprättas tillsammans med de ansvariga kommunerna för de social- och hälsovårdsområden som hör till specialupptagningsområdet. Avtalet fastställs enligt 1 mom. av samkommunstämmen i specialupptagningsområdet. I genomförandeavtalet ska man komma överens om utförandet av de uppgifter som avses i 16 §, vilket ansvar de olika aktörerna inom social- och hälsovården i området har i fråga om dessa uppgifter, och vilka samarbetsstrukturer som uppgifterna förutsätter.

Enligt 2 mom. är det styrelsen för specialupptagningsområdet som svarar för beredningen av genomförandeavtalet och för övervakningen av fullföljandet av avtalet. Avtalet upprättas för fyra år. Fullföljandet av avtalet



ska utvärderas vartannat år och ändringar göras i avtalet vid behov.

Enligt 3 mom. får närmare bestämmelser om vad som ska ingå i genomförandavtalet utfärdas genom förordning av statsrådet.

**38 §. Verksamhetsplan för ett specialupptagningsområde.** I paragrafen finns det bestämmelser om verksamhetsplanen för ett specialupptagningsområde samt om beredningen och fastställandet av planen. En verksamhetsplan ska göras upp varje år i samband med uppgörandet av budgeten. Den ligger på så sätt till grund även för ekonomiplaneringen för specialupptagningsområdet. Verksamhetsplanen ska grunda sig på genomförandavtalet för specialupptagningsområdet och den ska komplettera och precisera avtalet.

Enligt 1 mom. är det samkommunstämman som fastställer verksamhetsplanen. Styrelsen för specialupptagningsområdet svarar för beredningen av planen.

Enligt 2 mom. får närmare bestämmelser om vad som ska ingå i verksamhetsplanen utfärdas genom förordning av statsrådet.

**39 §. Specialupptagningsområdenas beslutanderätt som är bindande för social- och hälsovårdsområdena och områdena med basal social- och hälsovård.** Om vissa förutsättningar uppfylls har ett specialupptagningsområde enligt paragrafen rätt att ingripa i den verksamhet i fråga om produktionen av social- och hälsovårdstjänster som utövas av ett social- och hälsovårdsområde eller ett område med basal social- och hälsovård som hör till dess område, även i frågor där behörigheten i princip hör till den ansvariga kommunen för social- och hälsovårdsområdet eller området med basal social- och hälsovård. Genom paragrafen skapas det en handlingsmöjlighet för specialupptagningsområdets samkommunstämman som skiljer sig från den nuvarande samkommunstrukturen. Specialupptagningsområdet ges rätt att säkerställa att servicesystemet i området är kostnadseffektivt och att samhällsresurserna inte slösas bort genom kapprustning. Genom ett ingripande av specialupptagningsområdet kan man också förhindra att det uppstår döda vinkar i servicen. Befogenheterna är kopplade till säkerställandet av att den nationella

styrningen verkställs inom området, i synnerhet när det gäller det nationella utvecklingsprogram som avses i 42 §.

När ett specialupptagningsområdes samkommunstämman godkänner en verksamhetsplan har den enligt 1 mom. rätt att fatta sådana beslut som är bindande för de ansvariga kommunerna för social- och hälsovårdsområdena och områdena med basal social- och hälsovård i situationer där avgörandet är av betydelse för hela specialupptagningsområdet, förhindrar överlappande verksamhet och underlättar hanteringen av begränsade resurser, eller i situationer där tillgång till tjänster på lika villkor ska tryggas, om de ansvariga kommunerna för de social- och hälsovårdsområden eller områden med basal social- och hälsovård som ingår i specialupptagningsområdet inte har nått en överenskommelse i frågan.

Ett specialupptagningsområde kan utnyttja sin beslutanderätt i förhållande till social- och hälsovårdsområdena eller områdena med basal social- och hälsovård i situationer där ordnandet av service förutsätter dyra investeringar, om det är fråga om vård av sällsynta sjukdomar, hälsoproblem, skador eller sociala problem, en situation som uppstått på grund av en svår anhopning av problem, eller en uppgift som förutsätter krävande multiprofessionellt arbete i grupp och specialkunande. Om kapaciteten i ett område redan överstiger eller hotar att överstiga servicebehovet i betydande grad kan man dessutom med stöd av paragrafen ingripa i ett utökande av kapaciteten. Ett ingripande av specialupptagningsområdet ska leda till bevisliga koncentrationsfördelar, såsom en betydande minskning av kostnaderna för serviceproduktionen eller någon annan jämförbar skalfördel, eller en förbättring av kvaliteten på servicen eller klient- och patientsäkerheten.

Det är också möjligt att ingripa i ordnandet av service i ett social- och hälsovårdsområde eller område med basal social- och hälsovård om det upptäcks att man i området inte har skött ordnandet av lagstadgade social- och hälsovårdstjänster i enlighet med servicebehovet och kraven i lagstiftningen.

Utgångspunkten när det gäller frågor som omfattas av beslutanderätten är att de ska

beredas tillsammans och genom förhandlingar. Specialupptagningsområdet ska enligt 2 mom. sträva efter att nå en överenskommelse i frågan i första hand genom att förhandla med de aktuella ansvariga kommunerna för social- och hälsovårdsområdena eller områdena med basal social- och hälsovård.

**40 §. Specialupptagningsområdets budget.** I paragrafen finns det bestämmelser om godkännandet av ett specialupptagningsområdes budget. Det är samkommunstämmans som godkänner budgeten. Samkommunstämmans ska ge organen i de social- och hälsovårdsområden som hör till specialupptagningsområdet tillfälle att ge ett yttrande om förslaget till budget och om den preliminära verksamhetsplanen.

#### 4 kap. **Styrning, planering och utveckling**

**41 §. Allmän styrning, planering och utveckling.** Enligt 1 mom. hör den allmänna styrningen, planeringen och utvecklingen av samt tillsynen över social- och hälsovården till social- och hälsovårdsministeriet. Ministeriet svarar för den strategiska planeringen och planeringen i anslutning till den. Till detta hör bland annat beredningen av det nationella utvecklingsprogram som det föreskrivs om i 42 §. Ministeriet svarar också inom sitt förvaltningsområde för beredningen av lagstiftning och statsbudgeten.

Som en del av de ovan nämnda uppgifterna ska social- och hälsovårdsministeriet i samråd med delegationen för social- och hälsovård utarbeta långsiktiga strategiska riktlinjer, som ska styra utvecklandet av servicestrukturen. Ett viktigt mål för utvecklandet och styrningen av servicestrukturen inom social- och hälsovården på nationell nivå är att undvika överlappande verksamhet, säkerställa ett effektivt nyttjande av begränsade resurser och att se till att social- och hälsovårdstjänster av god kvalitet tillhandahålls på lika villkor över hela landet. Genom verktygen för nationell styrning kan man stärka verksamheten på basnivå och styra tillhandahållandet av sådan service som det krävs att man koncentrerar på nationell nivå. I synnerhet i det skede då lagen om ordnandet av

social- och hälsovården ska verkställas, då en ny struktur för ordnandet av service skapas, är den nationella styrningen av väsentlig betydelse. Utvecklingen av servicestrukturen och effekten av styrningen av servicestrukturen följs och utvärderas, och vid behov utvecklas det i fortsättningen nya verktyg för att effektivisera den nationella styrningen.

I 2 mom. finns det bestämmelser om den uppgift som Institutet för hälsa och välfärd har i egenskap av nationell expertmyndighet i fråga om styrningen, planeringen och utvecklingen av social- och hälsovården. Bestämmelsen motsvarar den gällande lagstiftningen om institutets uppgifter i fråga om planeringen och utvecklingen av social- och hälsovården. Enligt den gällande lagstiftningen ska Institutet för hälsa och välfärd bland annat undersöka och följa befolkningens välfärd och hälsa, faktorer som påverkar dem och problem i anslutning till dem, samt utveckla och främja åtgärder för att främja välfärd och hälsa och minska problem i anslutning till dem. Institutet ska också undersöka, följa, utvärdera, utveckla och styra verksamheten inom social- och hälsovården och ge den experthjälp som behövs för att genomföra sådan politik och tillämpa sådana tillvägagångssätt och sådan praxis som främjar välfärd och hälsa. Dessutom ska institutet bedriva forskning och utveckling inom branschen samt ta initiativ och göra sådana framställningar som behövs för att utveckla social- och hälsovården och dess service och främja befolkningens hälsa och välfärd, och som ett led i denna verksamhet främja nya innovationer inom social- och hälsovårdsbranschen. En väsentlig del av Institutet för hälsa och välfärds expertuppgifter består av att vara en statistikmyndighet enligt 2 § 2 mom. i statistiklagen (280/2004) och förvalta branschens datafiler och register på det sätt som föreskrivs särskilt. Institutet ska dessutom delta i internationell verksamhet inom sitt område.

Institutet för hälsa och välfärd ska styra utvecklandet av servicesystemet och påverka aktörerna inom social- och hälsovården så att de olika funktionerna ordnas och genomförs i enlighet med användarnas intressen och på ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt sätt. Detta sker förutom genom institutets forsk-

nings- och utvecklingsverksamhet även med hjälp av informationsstyrning samt genom att man utarbetar och publicerar anvisningar, handledningar och rekommendationer. Institutet ska också ge expertstöd till dem som ordnar service och till statsförvaltningen, delta i beredningen, uppföljningen och utvärderingen av det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården och den övriga nationella styrningen, samt delta i den verksamhet som bedrivs av delegationen för social- och hälsovård.

**42 §.** *Det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården.* I denna paragraf finns det bestämmelser om det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården, som ska godkännas av statsrådet för fyra år i sänder. Paragrafen motsvarar i stort sett den gällande 5 § i lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården. Avsikten är att det nationella utvecklingsprogrammet alltid ska godkännas i början av mandatperioden för den nya regering som bildas efter riksdagsvalet.

För närvarande pågår den andra perioden för det nationella utvecklingsprogrammet (2012–2015). Som namn på utvecklingsprogrammet används numera förkortningen Kaste.

I det nationella utvecklingsprogrammet fastställs enligt 1 mom. för hela programperioden de viktigaste social- och hälsovårdspolitiska målen och prioriteringarna som styr ordnandet och utvecklandet av social- och hälsovården, samt viktiga reform- och lagstiftningsprojekt, anvisningar och rekommendationer som stöder måluppfyllelsen och prioriteringarna. De åtgärdsrekommendationer som fastställs i det nationella utvecklingsprogrammet ska samordnas med statsbudgeten och rambesluten för statsfinanserna. Då blir också basserviceprogrammet, som hänger samman med ramförfarandet för statsfinanserna, och det nationella utvecklingsprogrammet förenliga med varandra.

Enligt 2 mom. kan åtgärdsdelen i programdokumentet, som stöder förverkligandet av målen och prioriteringarna under hela programperioden, ses över årligen till den del det behövs. Den kan kompletteras i fråga om

till exempel de viktigaste reformerna liksom anvisningar och rekommendationer som kommunerna kommer att få från förvaltningsområdet. Under programperioden görs ändringarna i utvecklingsprogrammet efter de årliga rambesluten för statsfinanserna, så att åtgärdsrekommendationerna stämmer överens med besluten om statsfinanserna. På så sätt kan man med hjälp av det nationella utvecklingsprogrammet precisera de social- och hälsovårdspolitiska mål som fastställts i regeringsprogrammet samt stödja och främja förverkligandet av dem. I princip kan det nationella utvecklingsprogrammet förnyas till och med i sin helhet till exempel i samband med ett eventuellt regeringsbyte.

I 3 mom. finns det bestämmelser om möjligheten att fastställa planer och åtgärdsrekommendationer för statens central- och regionalförvaltning inom social- och hälsovården i det nationella utvecklingsprogrammet. Detta kunde gälla bland annat prioriteringarna inom tillsynen. Målet är att skapa enhetlighet i styrningen. Åtgärdena och prioriteringarna kan definieras noggrannare och mera detaljerat i de resultatavtal som upprättas med varje enskild myndighet.

**43 §.** *Delegationen för social- och hälsovård.* I paragrafen finns det bestämmelser om uppgifterna och mandattiden för den delegation för social- och hälsovården som avses i den gällande 5 a § i lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården. Paragrafen motsvarar till innehållet i stort sett den gällande 5 a § i lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården. Den innehåller dock inte längre några bestämmelser om regionala ledningsgrupper för social- och hälsovården. Enligt 1 mom. är det statsrådet som på framställning av social- och hälsovårdsministeriet tillsätter en delegation vars mandatperiod är fyra år. Det nationella utvecklingsprogrammet förverkligar en programledning där behovet av reformer utreds, mål ställs upp och önskade ändringar genomförs i samarbete med intressentgrupper och aktörer på fältet. För att detta ska ske krävs det att man tillsätter en nationell delegation som ska bereda och verkställa det nationella utvecklingsprogrammet.

En viktig uppgift för delegationen är att delta i beredningen av det nationella utvecklingsprogrammet och de årliga ändringarna av programmet. Beslut om det nationella utvecklingsprogrammet och om ändringar i det fattas alltid av statsrådet på föredragning från social- och hälsovårdsministeriet.

Delegationen ska se till att de nationella målen för social- och hälsovården sammanställs för utvecklingsprogrammet. De mål som ska ingå i programmet ska följa regeringsprogrammet och de ska precisera och främja förverkligandet av de social- och hälso-politiska målen i regeringsprogrammet. Delegationen har också en central roll när det gäller stödjande, uppföljning och utvärdering av genomförandet av programmet. Delegationen kan ge förslag till social- och hälsovårdsministeriet i frågor som kräver åtgärder för att det nationella utvecklingsprogrammet ska kunna genomföras eller i frågor som gäller hur man kan stödja och främja uppnåendet av målen i programmet. Delegationen kan också ge förslag till ministeriet om prioriteringar i de anslag som reserverats för utvecklingsverksamheten inom social- och hälsovården.

Avsikten är att det ska finnas en täckande representation av riksomfattande och regionala aktörer inom social- och hälsovården i delegationen. För närvarande följer man statsrådets förordning om delegationen för social- och hälsovård samt om regionala ledningsgrupper för social- och hälsovården (913/2011), som trädde i kraft i augusti 2011.

I 2 mom. finns det liksom för närvarande ett bemyndigande för statsrådet att utfärda förordning. Genom förordning av statsrådet kan man utfärda närmare bestämmelser om delegationen och dess sammansättning och uppgifter. Innehållet i förordningen ska för delegationens del vara liknande som vad som förskrivs i den gällande förordningen om delegationen för social- och hälsovård samt om regionala ledningsgrupper för social- och hälsovården.

**44 §. Ledningsgruppen för det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården.** Det föreslås att i anslutning till delegationen finns en ledningsgrupp för det nationella utvecklingsprogrammet för social-

och hälsovården. Bestämmelser om ledningsgruppen ska ingå i lagens 44 §. Om delegationen föreskrivs i dag i 3 § i statsrådets förordning om delegationen för social- och hälsovård samt om regionala ledningsgrupper för social- och hälsovården. I samband med beredningen av den nu föreslagna lagen har man dock ansett det vara ändamålsenligt att lagen innehåller separata bestämmelser om ledningsgruppen. Målet vid beredningen och genomförandet av det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården har varit en stark politisk styrning, och sammansättningen av delegationen som letts av omsorgsministern, bygger på detta. I ledningsgruppens sammansättning har man däremot tagit mer hänsyn till regionerna och de som är praktiskt verksamma på området. I ledningsgruppen finns företrädare förutom för statens centralförvaltning för regionförvaltningen, kompetenscentren inom det sociala området och områdets centrala organisationer samt de centrala finansiärerna inom social- och hälsovården.

I paragrafens 1 mom. ingår bestämmelser om uppgifterna för ledningsgruppen

för det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården. Ledningsgruppens uppgifter definieras enligt delegationens uppgifter i 43 §. Det föreslås inte några ändringar i uppgifterna jämfört med de uppgifter som för närvarande bestäms genom förordning. I anslutning till utvecklingsprogrammets beredning och genomförande är det viktigt att man harmoniserar de regionala synpunkterna för att kunna ta fram nationella riktlinjer. En av ledningsgruppens viktigaste uppgifter är bland annat att sammanjämka åtgärderna för myndigheterna inom social- och hälsovårdens central- och regionförvaltning så att statens styrnings- och tillsynsåtgärder i förhållande till kommunerna bildar en likformig och logisk helhet. Närmare åtgärder ska fastställas i ett resultatavtal som ingås med var och en myndighet. Organisationerna är centrala och betydelsefulla aktörer inom social- och hälsovårdssektorn. Ledningsgruppen för det nationella utvecklingsprogrammet ska också ha till uppgift att bland annat behandla frågor som gäller samarbetet med social- och hälsovårdsorganisa-

tionerna inom ramen för det nationella utvecklingsprogrammet.

Närmare bestämmelser om ledningsgruppen, gruppens sammansättning och uppgifter ska enligt 2 mom. utfärdas genom förordning av statsrådet.

**45 §. Statsunderstöd för utvecklingsprojekt.** Paragrafen är i huvudsak förenlig med den gällande 5 b § i lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården som gäller statsunderstöd för utvecklingsprojekt. Enligt paragrafens 1 mom. ska statsunderstödet beviljas av social- och hälsovårdsministeriet på ansökan. Enligt 5 b § i lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården kan mottagare av statsunderstöd vara kommuner eller samkommuner.

Det föreslås att formuleringen i paragrafen ändras på det sättet att den ansvariga kommunen för ett område med basal social- och hälsovård eller ett social- och hälsovårdsområde eller samkommunen för ett specialupptagningsområde eller flera områden tillsammans kan vara mottagare av statsunderstöd för utvecklingsprojekt.

Beslut om statsunderstöd för utvecklingsprojekt ska fattas av social- och hälsovårdsministeriet. De inom ramen för det nationella utvecklingsprogrammet godkända projekten har i regel varit stora och strategiskt betydelsefulla. Därför är det motiverat att social- och hälsovårdsministeriet också i fortsättningen beslutar om statsunderstöden så att ministeriet kan använda dem som strategiska styrinstrument. Enligt förslaget får ministeriet bevilja projektstöd för genomförandet av det nationella utvecklingsprogrammet inom ramen för anslaget i statsbudgeten.

Paragrafens 2 mom. gäller understödets beviljande och mål. Villkoret för beviljande av statsunderstöd är att projektet förverkligar de social- och hälsovårdspolitiska målen i det nationella utvecklingsprogrammet. Vid bedömning av projekt ska också de regionala utvecklingsbehoven beaktas. För projekten ska fastställas konkreta och mätbara mål redan i projektplanen.

Den föreslagna paragrafen innehåller centrala bestämmelser om statsunderstöd för utvecklingsprojekt inom social- och hälso-

vården på samma sätt som den gällande lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården.

Statsunderstödslagen (688/2001) är avsedd att vara en allmän lag som kan tillämpas på all statsunderstödsverksamhet om lagen särskilt föreskriver det. På verksamhet som gäller utvecklingsprojekt inom social- och hälsovården enligt denna lag ska tillämpas statsunderstödslagens bestämmelser, vilket konstateras i paragrafens 3 mom. I paragrafen konstateras dessutom att social- och hälsovårdsministeriet är statsbidragsmyndighet i ärenden som gäller utvecklingsprojekt. Motsvarande bestämmelser finns nu i 39 § 1 mom. i lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården. Enligt statsunderstödslagen fattar statsbidragsmyndigheten bland annat beslut om statsunderstöd, informerar om ansökningsmöjligheterna och ansökningsförfarandet, ger uppgifter om de allmänna förutsättningarna för beviljande av statsunderstöd, om villkoren för statsunderstöd samt övervakar statsunderstödet på behörigt sätt och tillräckligt genom att inhämta uppgifter om användning och uppföljning av statsunderstödet samt andra uppgifter till exempel genom att vid behov utföra granskningar. Enligt 10 § 3 mom. i statsrådets förordning om regionförvaltningsverken (906/2009) sköter regionförvaltningsverket i Sydvästra Finland de landsomfattande uppgifter som hänför sig till förvaltning av statsunderstöd för utvecklingsprojekt inom social- och hälsovården. De till regionförvaltningsverket överförda förvaltningsuppgifterna gäller utbetalning av statsunderstöd, övervakning av användningen av understödet samt projekthandledning och -rådgivning.

Enligt paragrafens 4 mom. får ett social- och hälsovårdsområde, område med basal social- och hälsovård eller ett specialupptagningsområde i statsunderstöd beviljas högst 75 procent av de kostnader som berättigar till statsunderstöd. Den självfinansieringsandel som krävs av ett social- och hälsovårdsområde, område med basal social- och hälsovård eller ett specialupptagningsområde ska vara minst 25 procent av de kostnader som berättigar till statsunderstöd.

I paragrafens 5 mom. finns bemyndigande att utfärda förordning enligt vilket man genom förordning av statsrådet får utfärda bestämmelser om grunderna för fördelning av statsunderstöd, om sökande, beviljande och betalning av statsunderstöd samt om hur användningen av statsunderstödet ska följas, utvärderas och övervakas. Nu följer man bestämmelserna i statsrådets förordning om statsunderstöd för utvecklingsprojekt inom social- och hälsovården (183/2012) som trädde i kraft i maj 2012.

**46 §. Utvecklingsverksamhet inom ett social- och hälsovårdsområde.** Paragrafen innehåller bestämmelser om ett social- och hälsovårdsområdes skyldighet att svara för utvecklingen av social- och hälsovården inom sitt område. Till uppgiften hör att utveckla

primärvården, den specialiserade sjukvården och socialvården, stärka strukturen och kunskaper samt att svara för det utvecklings-samarbete som överskrider områdes- och organisationsgränserna.

Ett område med basal social- och hälsovård och ett social- och hälsovårdsområde ska inom sitt område främja människornas och samfundens välfärd samt patientsäkerheten och tillgodose klienternas rättigheter. Den regionala välfärden ska utvecklas i samverkan mellan invånare, klienter och patienter samt social- och hälsovårdens personal och övriga aktörer i området. Utveckling av välfärdsstödande handlingsprocesser och servicekvalitet kräver en nära kontakt till serviceverksamheten samt en yrkeskunnig personal.

Utvecklingsarbetet ska stödja utvecklingen av ett organisationsöverskridande, klient- och patientorienterat servicesystem, handlingsprocesser och handlingsmönster samt ledning av funktioner. Informationen från bedömningen av service- och handlingsprocessernas effekter samt klient- och patienterfarenheterna ska användas för att förbättra social- och hälsovårdsverksamhetens resultat.

Enligt paragrafen ska ett social- och hälsovårdsområde iaktta specialupptagningsområdets riktlinjer för forsknings- och utvecklingsverksamhet. Enligt lagens 16 § 2 mom. 4 punkten ska ett specialupptagningsområde inom sitt område svara för planering och sammanjämkning av forsknings-, utbild-

nings- och utvecklingsverksamheten inom social- och hälsovården.

Trots att det egentliga utvecklingsarbetet sker i verksamhetsenheterna inom områdena med basal social- och hälsovård och social- och hälsovårdsområdena, behöver den verksamhetskultur och utvecklingskompetens samt det utvecklingsförfarande som stödjer reformen av social- och hälsovården, en stödstruktur för utveckling för att kunna bli starkare. De regionala kompetenscentrumen inom det sociala området (lagen om kompetenscentrumverksamhet inom det sociala området 1230/2001) och sjukvårdsdistriktens primärvårdsenheter enligt 35 § i hälso- och sjukvårdslagen arbetar i dag som stödjande enheter inom den regionala utvecklingsverksamheten.

Integrering av social- och hälsovården i det dagliga klientarbetet kräver också att utvecklingarna har förmåga att samarbeta. Målet är att inrätta en utvecklingsenhet inom social- och hälsovårdsområdet som ska förena utvecklingsverksamheten inom socialvården, primärvården och den specialiserade sjukvården till en integrerad helhet.

Utvecklingsenheterna har till uppgift att inom sitt område stödja social- och hälsovårdens praktiska utvecklingsarbete och förankring av informationsbaserade handlingsmönster och goda handlingsätt i området. Enheterna ska också ge stöd när det gäller att ta fram planer för ordnandet av tjänsterna och leverera information som bygger på effektbedömningen för att användas vid beslutsfattandet och utveckling av verksamheten.

För att bidra till utveckling av arbetsgemenskapernas och den multiprofessionella personalens kontinuerliga inläring och kompetens samt planering av personalens utbildning krävs det ett intensivt samarbete med de regionala kompetenscentrumen inom det sociala området, primärvårdsenheterna, universiteten och skolorna, forskningsinstitutionen och vetenskapscentren. Utvecklingsenheten inom social- och hälsovårdsområdet ska medverka i specialupptagningsområdets uppdrag att förutse efterfrågan på social- och hälsovårdens arbetskraft och kompetensbehov i samarbete med områdets universitet,

yrkeshögskolor, anda skolor, landskapsförbund och Arbetskraftsförvaltning.

## 5 kap. Finansiering

### *Finansiering av områdenas verksamhet*

**47 §.** *Finansiering av områden med basal social- och hälsovård.* De kommuner som hör till ett område med basal social- och hälsovård svarar för finansieringen av området i enlighet med det som har avtalats om kostnadsfördelningen mellan kommunerna i samarbetsavtalet i 21 §.

I lagen föreslås en bestämmelse om en tillämplig finansieringsmall i det fallet att kommunerna inte har avtalat om mallen. Då ska kommunerna enligt paragrafens 2 mom. delta i finansieringen av kostnaderna för ett område med basal social- och hälsovård med en avgift som grundar sig på kommunens invånarantal (en s.k. kapitationsprincip). Avgiften ska viktas enligt de bestämningsgrunder för social- och hälsovården som används vid beräkningen av statsandel för kommunal basservice.

I mallen som grundar sig på invånarantalet bestäms kommunens avgift enligt invånarantalet

(x euro/invånare). Finansieringsansvaret kan ordnas så att områdets budgeterade utgifter fördelas mellan alla medlemskommuner i relation till invånarantalet. När talet viktas med aspekter som bygger på befolkningsstrukturen, varierar den invånarspecifika avgiften kommunvis enligt kommuninvånarnas behov av tjänster. När man tar hänsyn till alla bestämningsgrunder för social- och hälsovården som används vid beräkningen av statsandel för kommunal basservice, ger beräkningssättet ett resultat som följer bestämningen av statsandelar. Detta innebär i praktiken att av kommunens statsandel för basservicen går en lika stor andel till social- och hälsovården som kommunen har fått enligt social- och hälsovårdens kriterier.

Ett område med basal social- och hälsovård ska på det ovan relaterade sättet ta ut medel hos medlemskommunerna för att ordna social- och hälsovårdstjänsterna. Uppgifterna och

tjänsterna ska ordnas på det sättet som avses i 12 och 13 §.

**48 §.** *Finansiering av social- och hälsovårdsområden.* Enligt paragrafens 1 mom. ska de kommuner som hör till ett social- och hälsovårdsområde svara för finansieringen av området i enlighet med det som har avtalats om kostnadsfördelningen mellan kommunerna i avtalet om ordnandet av förvaltningen och ekonomin för social- och hälsovårdsområdets gemensamma organ.

Om kommunerna inte kommer överens om något annat, ska de enligt paragrafens 2 mom. delta i finansieringen av kostnaderna för ett social- och hälsovårdsområde med en avgift som grundar sig på kommunens invånarantal och som har viktats enligt de bestämningsgrunder för social- och hälsovården som används vid beräkningen av statsandel för kommunal basservice på samma sätt som i förslaget till bestämmelser om finansieringen av området med basal social- och hälsovård.

1 och 2 mom. ska gälla de kommuner i ett social- och hälsovårdsområde som inte hör till ett område med basal social- och hälsovård.

Ett område med basal social- och hälsovård som hör till social- och hälsovårdsområdet ordnar självständigt social- och hälsovårdens basservice och i vissa fall också den specialiserade sjukvårdens tjänster i sitt område. I regel ska kommunerna överenskomma om att ett område med basal social- och hälsovård deltar i social- och hälsovårdsområdets finansiering genom avtal om ordnandet av det gemensamma organets förvaltning och ekonomi. Om kommunerna inte

kommer överens om något annat, ska ett område med basal social- och hälsovård enligt paragrafens 3 mom. delta i kostnaderna för social- och hälsovårdsområdets gemensamma uppgifter med en avgift som grundar sig på antalet invånare i området.

Med gemensamma uppgifter avses bland annat jour, akutsjukvård och upprätthållande av beredskap för exceptionella situationer samt kostnaderna för infrastrukturen. För de social- och hälsovårdstjänster som ett område med basal social- och hälsovård inte ordnar utan som tillhandahålls av social- och hälso-

vårdsområdet, ska den ansvariga kommunen i området med basal social- och hälsovård betala en avgift som bestäms enligt användningen.

**49 §. Finansiering av specialupptagningsområden.** Enligt paragrafens 1 mom. svarar de social- och hälsovårdsområden som hör till ett specialupptagningsområde för finansieringen av specialupptagningsområdet. Om finansieringen av specialupptagningsområdet ska avtalas i grundavtalet för ett specialupptagningsområde.

Om inte något annat avtalas i grundavtalet, deltar de social- och hälsovårdsområden som hör till specialupptagningsområdet enligt paragrafens 2 mom. i finansieringen av kostnaderna för specialupptagningsområdet med en avgift som grundar sig på invånarantalet.

Eftersom specialupptagningsområdets uppgifter inte gäller att ordna tjänster utan att planera och samordna områdets verksamhet är det inte ändamålsenligt att i detta sammanhang vikta avgiften som grundar sig på antalet invånare enligt faktorer som beskriver behovet av tjänster.

Avsikten är att social- och hälsovårdsområdena ska från kommunerna i området ta ut också kommunernas andelar av specialupptagningsområdets finansiering och överföra andelarna vidare till specialupptagningsområdet.

För ett specialupptagningsområde ska man dessutom genom social- och hälsovårdens speciallagstiftning kunna fastställa uppgifter för vilka staten betalar ersättning.

**50 §. Täckning av underskott.** I paragrafen föreskrivs om skyldigheten att täcka underskott i balansräkningen för ett social- och hälsovårdsområde, område med basal social- och hälsovård eller ett specialupptagningsområde.

Enligt 65 § 3 mom. i den gällande kommunallagen ska kommunens ekonomiplan vara i balans eller visa överskott under en planeperiod på högst fyra år om det inte beräknas uppkomma överskott i balansräkningen för det år budgeten görs upp. Detta krav på balans i ekonomiplanen och den därtill hörande skyldigheten att täcka underskott har inte kunnat förebygga kumulation av underskott i kommunernas balansräkningar. Det finns

kommuner som årligen gör upp en balanse-rad ekonomiplan för planeperioden, men som inte når någon balans i verkligheten. Därför har finansministeriet arbetat med att bereda reglering som går ut på att underskott i balansräkningen måste täckas under en viss tid. Täckningen av underskott kan inte längre skjutas framåt genom planer. Den nu föreslagna lagparagrafen är förenlig med dessa riktlinjer. Underskott ska täckas inom högst fyra år från ingången av det år som följer efter fastställandet av bokslutet, utan någon möjlighet att senarelägga täckning av underskottet i ekonomiplanen.

För tillfället rör skyldigheten att täcka underskott inte samkommuner. Eftersom skyldigheten att täcka underskott har gjort det möjligt för kommunerna att senarelägga täckningen av underskott, samt att underskott samlas i samkommunerna, har finansministeriet arbetat fram reglering som utvidgar skyldigheten att också omfatta samkommuner. Att i denna lag utvidga skyldigheten att täcka underskott att också omfatta ekonomiplaneringen i social- och hälsovårdsområdena och specialupptagningsområdena som bildar en samkommun är förenligt med den här riktlinjen.

**51 §. Ansvar för social- och hälsovårdsområden eller områden med basal social- och hälsovård att ersätta kostnaderna för vård och omvårdnad.** I paragrafen föreskrivs om situationer där den ansvariga kommunen inom ett social- och hälsovårdsområde eller ett område med basal social- och hälsovård vårdar en person som inte är invånare i den aktuella kommunen.

Enligt 42 § i den gällande socialvårdslagen har en kommun rätt att få ersättning för anstaltsvård som kommunen gett åt någon annan än egen invånare. Kravet på att få ersättning är att vården har varat i minst 14 dygn. Därtill krävs det enligt paragrafen att kommunen lämnar in ersättningsansökan hos förvaltningsdomstolen inom sex månader från att anstaltsvården börjat. Om ansökan inte lämnas in inom den utsatta tidsfristen, förlorar kommunen rätten till ersättning för den anstaltsvård som den gett före inlämnandet av ansökan och som den ersättningsskyldiga kommunen skriftligen har vägrat ersätta.



Detta förfarande anses vara för styvt. Därför motsvarar den föreslagna paragrafen den gällande hälso- och sjukvårdslagens 58 § som inte innehåller bestämmelser om att ett förvaltningsdomstolsförfarande är ett villkor för ersättningen.

I paragrafens 1 mom. föreskrivs att om man vid en verksamhetsenhet inom social- och hälsovården vårdar en person som inte är invånare i en kommun inom det social- och hälsovårdsområde eller område med basal social- och hälsovård som är huvudman för verksamhetsenheten, ska den ansvariga kommunen inom det social- och hälsovårdsområde eller område med basal social- och hälsovård som svarar för ordnandet av vården i patientens hemkommun ersätta vårdkostnaderna, om inte något annat bestäms om ersättande av kostnaderna någon annanstans. Om ersättandet har bestämts något annat till exempel i 13 a § i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården som går ut på att den kommun eller samkommun som svarar för ordnandet av vårdtjänsten (enligt den gällande formuleringen) har rätt att av Statskontoret eller den försäkringsanstalt som enligt de nämnda lagarna är skyldig att betala ersättning få en avgift enligt de villkor som föreskrivs i lagarna vilken högst motsvarar beloppet av kostnaderna för vårdtjänsten minskat med beloppet av den klientavgift som tagits ut hos klienten.

Enligt paragrafens 2 mom. baserar ersättningen sig på produktifieringen eller det produktpris som ligger till grund när verksamhetsenheten följer upp sin verksamhet. Från ersättningen avdras de klientavgifter som personen har betalat och övriga verksamhetsintäkter som serviceproducenten har fått i samband med vården. Klientavgiften bestäms enligt den lagstiftning som gäller den och det beslut som området fattat om avgifterna. Bestämmelser om avgifterna för social- och hälsovårdstjänster finns i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/1992). I landets olika delar kan användas olika faktureringsförfaranden. Detta kan orsaka oklarheter när det gäller faktureringsgrunderna. Det finns inte några nationellt överenskomna ersättningsgrunder eller faktureringsförfaranden. Därför får närmare

bestämmelser om grunderna för ersättning för tjänsterna och om faktureringsförfarandet vid behov utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet.

#### Statens utbildningsersättningar

**52 §. Utbildningsersättning till universitetssjukhus.** Den föreslagna bestämmelsen följer den bestämmelse som nu ingår i hälso- och sjukvårdslagens 59 §.

I paragrafens 1 mom. föreskrivs om de huvudsakliga principerna för ersättningar

till universitetssjukhus för kostnader som orsakas av grund- och specialiseringsutbildning för läkare och tandläkare. Ersättningen för grundutbildningen räknas ut på grundval av ett medeltal av antalet studerande som har påbörjat läkar- och tandläkarutbildning och antalet avlagda examina. Ersättningen för specialiseringsutbildningen baserar sig på antalet examina och på den ersättning som bestämts för examen.

I paragrafens 2 mom. finns bestämmelser om ersättningar för vissa utbildningsprogram för specialistläkare. Utbildningsersättning som baserar sig på antalet examina betalas dock inte för specialistläkarexamen om dessa läkare i huvudsak utbildas någon annanstans än vid universitetssjukhus. Examina ska definieras genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet på samma sätt som nu. Sådana examina är till exempel specialistläkar- och specialisttandläkarexamen inom hälso- och sjukvård eller specialistläkarexamen inom idrottsmedicin, företagshälsovård och allmän medicin. Om sådan utbildning emellertid ges vid ett universitetssjukhus, betalas huvudmannen för sjukhuset ersättning enligt antalet realiserade utbildningsmånader.

I fortsättningen ska göras en utredning av införandet av utbildningsersättningar även för kostnaderna för universitets- och specialiseringsutbildningen inom socialvården och –arbetet. Ytterligare ska det göras en utredning av ersättningar för kostnader som orsakas av utbildning av andra än ovan nämnda legitimerade yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården.

**53 §. Utbildningsersättning till universitet.** Sedan år 1986 har specialistläkarutbildningen och sedan år 1984 specialisttandläkarutbildningen vid universitet varit utbildning som leder till examen.

I statsrådets förordning om specialistläkarexamen och specialisttandläkarexamen (420/2012) finns bestämmelser om specialistläkarexamen och specialisttandläkarexamen som avläggs vid universitet enligt universitetslagen (558/2009) och som hör till universitetens fortsatta yrkesexamina. Om närmare fördelning av utbildningsansvaret mellan universiteten, om utbildningsprogrammen och om vilka utbildningsprogram vart och ett universitet ordnar utfärdas genom förordning av undervisningsministeriet på universitetets förslag.

Avsikten är att styrningen av specialistläkarutbildningen och specialisttandläkarutbildningen ska överföras till social- och hälsovårdsministeriet som svarar för hela social- och hälsovårdssystemet. När statsrådet 15.12.2011 godkände utvecklingsplanen för utbildning och forskning 2011–2016 beslutade statsrådet att styrningen av specialistläkar- och specialisttandläkarutbildningen ska övergå från undervisnings- och kulturministeriet till social- och hälsovårdsministeriet. Vidare beslutade statsrådet göra finansieringen av utbildningen klarare i samband med reformen av finansieringen av statens ersättningar för utbildning av läkare och tandläkare för att social- och hälsovårdsministeriet ska få bättre möjligheter att styra specialiseringsutbildningen och dess dimensionering.

Överföringen av styrningen av specialistläkar- och specialisttandläkarutbildningen har beretts i en arbetsgrupp tillsatt av social- och hälsovårdsministeriet och undervisnings- och kulturministeriet. Enligt arbetsgruppens förslag ska specialistläkar- och specialisttandläkarutbildningen inte längre vara utbildning som leder till examen. I fortsättningen ska bestämmelser om specialistläkar- och specialisttandläkarutbildningen utfärdas genom lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården samt social- och hälsovårdsministeriets förordning som utfärdas med stöd av denna lag.

När specialistläkar- och specialisttandläkarutbildningen inte längre ska leda till examen, är dessa utbildningar i fortsättningen fortsatt yrkesutbildning efter universitetsexamina. Om specialistläkar- och specialisttandläkarutbildningen ska föreskrivas närmare genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet på samma sätt som i den gällande förordningen av statsrådet. Universiteten ska svara för utbildningens innehåll och dess utveckling även i framtiden. Dessa förändringar ska genomföras genom ett separat lagstiftningsprojekt så att de börjar gälla vid ingången av år 2015.

När det gäller att säkra specialistläkarutbildningens kvalitet, ska universitetens ställning under alla omständigheter stärkas också med finansieringsstyrning. Att specialistläkar- och specialisttandläkarutbildningen inte längre leder till examen innebär att undervisnings- och kulturministeriet inte längre anvisar medel till universiteten för specialistläkar- och specialisttandläkarutbildningen. Undervisnings- och kulturministeriet har inte heller tidigare finansierat separat specialistläkar- och specialisttandläkarutbildning utan medlen har ingått i universitetets basfinansiering. Universiteten har också i fortsättningen rättslig skyldighet att ordna specialistläkar- och specialisttandläkarutbildning. Därför föreslås det att universitet med specialistläkar- och specialisttandläkarutbildning betalas ersättning av statsmedel för kostnader som orsakas av att universiteten ordnar och koordinerar specialistläkar- och specialisttandläkarutbildning.

**54 §. Utbildningsersättning till andra verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården.** I paragrafen ingår bestämmelser om ersättning av utbildningskostnaderna till andra verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården än universitetssjukhus. Bestämmelsen är förenlig med 60 § i den gällande hälso- och sjukvårdslagen.

I paragrafens 1 mom. föreskrivs om ersättning av kostnaderna för grundutbildning för läkare och tandläkare, i 2 mom. för specialiseringsutbildning och i 3 mom. för särskild allmänläkarutbildning, praktisk tjänstgöring för legitimerade tandläkare och fördjupad praktik i grundutbildningen för tandläkare

samt kostnaderna för tjänstgöring som i vissa fall krävs av personer som avlagt grundexamen utomlands.

Det social- och hälsovårdsområde där universitetssjukhuset finns ska betala den offentliga serviceproducenten eller någon annan serviceproducent som upprätthåller den verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården där utbildningen har ordnats och som anges genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet ersättning för grundutbildning för läkare eller tandläkare enligt 1 mom. Den ansvariga kommunen för det social- och hälsovårdsområde där universitetssjukhuset finns och serviceproducenten som tillhandahåller utbildningen ingår ett avtal om ordnandet av utbildningen och ersättnings storlek.

Enligt paragrafens 2 mom. betalar man ersättning av statsmedel för kostnaderna för den nio månader långa utbildning vid en hälsovårdscentral som ingår i specialistläkar- och specialisttandläkarutbildningen endast till den del som utbildningen uppfyller de kvalitativa kriterierna enligt momentet. När det gäller utbildning vid hälsovårdscentralen ska man se till att läkaren eller tandläkaren får tillräckliga kunskaper om hälsovårdscentralens, hälso- och sjukvårdens samt social- och hälsovårdens olika verksamhetsområden och samarbete. För den som fullgör utbildning vid en hälsovårdscentral ska det utses en handledare som står i anställningsförhållande till en kommun eller en samkommun. Vidare ska primärvårdens verksamhetsenhet utföra styrning i enlighet med planen för kvalitetsledningen och för hur patientsäkerheten tillgodoses i 8 § 3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen.

Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet utfärdas närmare bestämmelser om andra serviceproducenter än kommunala producenter som avses i 1 och 2 mom. och som kan få utbildningsersättning. Bland dessa enheter som bestäms genom förordning finns de verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården som bedrivit långvarig, etablerad och högkvalitativ hälsovetenskaplig forskning och som är lämpliga för långsiktig utbildning och som universiteten sedvanligt har anlitat vid läkarutbildningen.

Dessa verksamhetsenheter får en betydlig andel av inkomsterna från de tjänster som samkommuner köper av dem. Verksamheten är av landsomfattande betydelse med tanke på systemet med hälso- och sjukvårdstjänster.

Enligt den gällande förordningen av social- och hälsovårdsministeriet om serviceproducenter som är berättigade till ersättning för kostnader för läkar- och tandläkarutbildning samt finansiering för hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå (1364/2011) är Fimlab Laboratoriot Oy, Kottby Rehabiliteringscenter, för vilket Invalidförbundet rf är huvudman, Sairaala Orton Oy, Suomen aivotutkimus- ja kuntoutuskeskus Neuron, för vilket Suomen aivotutkimus- ja kuntoutussätiö är huvudman, FRK Blodtjänst, för vilken Finlands Röda Kors är huvudman, TAYS Sydänkeskus Oy, samt Tekonivelsairaala Coxa Oy serviceproducenter som är berättigade till ersättning.

Ersättningen i paragrafens 3 mom. baserar sig på antalet personer som utbildas och antalet utbildningsmånader. I 13 § i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994) finns bestämmelser om rätten för en medborgare i en stat utanför EU eller EES som har genomgått sin utbildning utomlands att arbeta som yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. Närmare bestämmelser om den kompetens och språkkunskaper som krävs av dessa personer finns i 14 § i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Enligt denna paragraf kräver man av den som är medborgare i en stat utanför EES och som i utlandet har genomgått utbildning enligt 4 § eller 5 § 1 mom. i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården att personen, för att få tillstånd att utföra uppgifter enligt nämnda paragrafer eller för att få rätt att utöva yrke som en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården, har fullgjort den tjänstgöring som Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira) eventuellt har förordnat samt genomgått tilläggsutbildning och förhör för konstaterande av yrkesskickligheten så att personens kompetens motsvarar den kompetens som man får när man genomgår motsvarande

utbildning i Finland och att personen visat sig ha tillräckliga språkkunskaper.

I praktiken har Valvira krävt en sex månader lång praktisk tjänstgöring. Tjänstgöringstiden är dock inte bunden till tiden för tilläggsutbildningen inom primärvården. Om Valvira förutsätter längre tjänstgöring är det ändamålsenligt att ersättning betalas för hela tjänstgöringstiden. Ofta är det svårt för medborgare i stater utanför EES att hitta tjänstgöringsplatser som krävs för att de ska få tillstånd eller rätt att utöva yrke. Att staten betalar ersättning för tjänstgöringstiden hjälper att hitta tjänstgöringsplatser.

Lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården ändrades i maj 2011. Då avvecklades systemet med läkarnas och tandläkarnas dubbellegitimering. Systemet förenklades på det sättet att läkare och tandläkare legitimeras efter genomgått läkar- och tandläkarutbildning som ger rätt att självständigt utöva yrket som legitimerade läkare och tandläkare.

Samtidigt slopades också kravet på läkarnas tilläggsutbildning inom primärvården som varit ett av villkoren för legitimeringen. Motsvarande utbildning ordnas i form av särskild allmänläkarutbildning. En genomförd allmänläkarutbildning är ett villkor för att få rätt att arbeta inom sjukförsäkringssystemet i övriga EU-länder. Till innehållet följer den särskilda allmänläkarutbildningen den tidigare tilläggsutbildningen inom primärvården. Staten betalar ersättning för utbildningskostnaderna enligt antalet utbildningsmånader.

Den praktiska tjänstgöringen som varit ett av villkoren för legitimeringen av tandläkare ändrades till praktisk tjänstgöring som ingår i grundutbildningen för tandläkare och för vilken staten betalar utbildningsersättning. När ändringen träder i kraft får en person som studerar för att avlägga medicine licentiatexamen och som inte har inlett praktisk tjänstgöring som ingår i examen fortsätta studierna enligt de nya eller gamla bestämmelserna. På grund av övergångsbestämmelserna är det möjligt att studera enligt de gamla bestämmelserna fram till slutet av år 2020. Staten betalar utbildningsersättning för stude-

rande som studerar såväl enligt de nya som gamla bestämmelserna.

Statens utbildningsersättning kan också betalas till hälso- och sjukvårdsmyndigheten i landskapet Åland. Till övriga delar tillämpas lagen om ordnandet av social- och hälsovården inte i landskapet Åland på grund av självstyrelselagen för Åland (1144/1991). Offentliga serviceproducenter inom hälso- och sjukvården i landskapet Åland ska dock också betalas statens utbildningsersättning för utbildningen för läkare och tandläkare på samma sätt som tidigare.

Statens ersättning för forskningsverksamhet

**55 §. Fördelning av forskningsfinansiering.** Enligt förslaget ska ett specialupptagningsområde för en fyraårsperiod tillsätta en forskningskommitté på universitetsnivå för hälso- och sjukvården, samt eventuella sektioner. Forskningskommittén ska bestå av representanter för de olika vetenskapsområdena från verksamhetsenheterna inom hälso- och sjukvården i specialupptagningsområdet.

**56 §. Finansiering av hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå.** Enligt paragrafens 1 mom. fastställer social- och hälsovårdsministeriets i samarbete med specialupptagningsområdenas forskningskommittéer i 55 § insatsområden och mål när det gäller den hälsovetenskapliga forskningen på universitetsnivå för fyra år i sänder.

När man bereder forskningen och fastställer insatsområdena tar man hänsyn till specialupptagningsområdenas olika prioriteringar inom forskningen. Forskning är ett långsiktigt arbete, vilket ska beaktas när man ser över insatsområdena och målen med fyra års mellanrum.

Enligt 2 mom. beviljas för den hälsovetenskapliga forskningen på universitetsnivå statlig finansiering enligt social- och hälsovårdsministeriets beslut för fyra år i sänder. Ministeriets beslut baserar sig på hur forskningens insatsområden och mål har genomförts och på forskningens kvalitet, omfattning och resultat under den föregående fyraårsperioden. Finansieringen beviljas specialupptagningsområdenas forskningskommittéer i 54 §. Eftersom anslaget för den hälsoveten-

skapliga forskningen på universitetsnivå fastställs årligen i statsbudgeten, går det inte att bestämma hur forskningsmedlen i euro fördelas för fyra år framåt. Ministeriet fattar beslut om fördelningen av forskningsmedlen till specialupptagningsområdena i form av procentandelar enligt det årliga tillgängliga anslaget. Om indelningen i specialupptagningsområden ändras under fyraårsperioden, ska social- och hälsovårdsministeriets beslut om fördelningen av forskningsfinansieringen ändras i enlighet med den ändrade områdesindelningen. En motsvarande bestämmelse som togs in i hälso- och sjukvårdslagen börjar gälla från ingången av år 2014.

Enligt paragrafens 3 mom. beslutar specialupptagningsområdets forskningskommitté på ansökan om beviljande av forskningsfinansieringen inom sitt område. Ett område med basal social- och hälsovård som är huvudman för en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården, ett social- och hälsovårdsområde, ett statligt sinnessjukhus eller en serviceproducent som bestäms genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet kan ansöka om finansiering för hälsovetenskaplig forskning.

En enskild forskare eller forskningsgrupp kan inte ansöka om finansiering, utan sökanden ska vara en organisation inom den offentliga sektorn eller en genom förordning bestämd serviceproducent till vilken åtminstone en forskningsgruppsmedlem står i ett arbets- eller tjänsteförhållande. Bestämmelser om andra hälso- och sjukvårdens verksamhetsenheter som får söka finansiering är planerade att bestämmas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet enligt samma principer som i dag.

De enheter som kan komma i fråga är verksamhetsenheter som bedrivit långvarig, etablerad och högkvalitativ hälsovetenskaplig forskning och som är lämpliga för långsiktig utbildning och som universiteten sedvanligt har anlitat vid läkarutbildningen. Dessa verksamhetsenheter får en betydlig andel av inkomsterna från de tjänster som samkommuner köper av dem. Verksamheten är av landsomfattande betydelse med tanke på systemet med hälso- och sjukvårdstjänster. Enligt 1 § i den gällande förordningen av

social- och hälsovårdsministeriet om serviceproducenter som är berättigade till ersättning för kostnader för läkar- och tandläkarutbildning samt finansiering för hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå (1364/2011) är Fimlab Laboratoriot Oy, Kottby Rehabiliteringscenter, för vilket Invalidförbundet rf är huvudman, Sairaala Orton Oy, Suomen aivotutkimus- ja kuntoutuskeskus Neuron, för vilket Suomen aivotutkimus- ja kuntoutussätiö är huvudman, FRK Blodtjänst, för vilken Finlands Röda Kors är huvudman, TAYS Sydänkeskus Oy, samt Tekonivelsairaala Coxa Oy serviceproducenter som är berättigade till ersättning.

Avsikten är att man i fortsättningen utreder möjligheterna att finansiera socialvårdsforskning på universitetsnivå på samma sätt som hälsovetenskaplig forskning.

#### Ersättningsförfarande

**57 §. Nationell utvärderingsgrupp för den hälsovetenskapliga forskningen.** I paragrafen föreskrivs om en nationell utvärderingsgrupp för den hälsovetenskapliga forskningen. Social- och hälsovårdsministeriet tillsätter för den hälsovetenskapliga forskningen en nationell utvärderingsgrupp som består av experter. För att säkerställa utvärderingsgruppens objektivitet, får gruppen också ha utländska medlemmar.

Utvärderingsgruppen har till uppgift att bedöma specialupptagningsområdenas forskningsverksamhet under den föregående fyraårsperioden. Utvärderingen ska särskilt gälla utfallet för de fastställda insatsområdena och målen för forskningen inom specialupptagningsområdenas forskning samt forskningens kvalitet, omfattning och framsteg.

Till hjälp vid utvärderingen kan användas till exempel antalet publiceringspoäng. För att säkerställa utvärderingsgruppens objektivitet, får gruppen också ha utländska medlemmar.

Utvärderingsgruppen ska lägga fram förslag om hur finansieringen av den hälsovetenskapliga forskningen på universitetsnivå ska fördelas mellan specialupptagningsområdena under den följande fyraårsperioden.

Utvärderingsgruppen ska inleda arbetet vid ingången av det sista året av fyraårsperioden då gruppen kan analysera forskningen under de föregående åren.

Avsikten är att utvärderingsgruppen blir färdig med arbetet under hösten det sista året av fyraårsperioden då ministeriet kan fatta beslut om fördelningen av finansieringen genast vid ingången av den följande fyraårsperioden.

Bestämmelsen är förenlig med 62 § i hälso- och sjukvårdslagen.

**58 §. Utbetalning av utbildningsersättning och forskningsfinansiering.** Den föreslagna paragrafen är förenlig med hälso- och sjukvårdslagens 63 §. I 1 mom. ingår bestämmelser om utbetalning av utbildningsersättning. Enligt förslaget betalas statens utbildningsersättning ut av regionförvaltningsverket och statens ämbetsverk på Åland.

Utbildningsersättning utifrån antalet examina och antalet studerande som inlett sina studier betalas utan separat ansökan till huvudmannen för ett universitetssjukhus och till universitet med specialistläkar- och specialisttandläkarutbildning enligt social- och hälsovårdsministeriets beslut. Ersättning utifrån antalet realiserade utbildningsmånader betalas ut halvårsvis på ansökan. På Åland betalas utbildningsersättningen ut av statens ämbetsverk på Åland som är statens allmänna förvaltningsmyndighet i landskapet.

I republikens presidents förordning om vissa förvaltningsuppgifter inom hälso- och sjukvården i landskapet Åland (1179/2009) finns bestämmelser om skötseln av vissa uppgifter inom hälso- och sjukvården i landskapet Åland. Enligt förordningen ska Ålands landskapsregering sköta de uppgifter inom hälso- och sjukvården i landskapet Åland som enligt i landskapet gällande rikslagstiftning hör till regionförvaltningsverken. Denna bestämmelse gäller dock endast de uppgifter som social- och hälsovårdsministeriet och Ålands landskapsregering har kommit överens om. Eftersom statens utbildningsersättning inte omfattas av avtalet, betalar statens ämbetsverk på Åland ersättningen i enlighet med de allmänna bestämmelserna.

I paragrafens 2 mom. föreskrivs om de tidsfrister som gäller för inlämning av ansökan om utbildningsersättning och den tid som regionförvaltningsverket får använda för behandling av ansökningarna. Regionförvaltningsverket betalar varje månad forskningsfinansiering till specialupptagningsområdets forskningskommitté som betalar finansieringen vidare till dem som genomför projekten utifrån ansökningarna.

I paragrafens 3 mom. konstateras att i övrigt iakttas i fråga om betalning av ersättning, övrigt förfarande och ändringssökande bestämmelserna i statsunderstödslagen, det vill säga lagens 20 § 1 mom. om återbetalning av statsunderstöd, 21 § om skyldighet att återkräva statsunderstöd, 24 § och 25 § om ränta och dröjsmålsränta, 26 § om jämkning, 28 § om tiden för återkrav, 29 § 2 mom. om preskription, 30 § om kvittning och 34 § om rättelseyrkande och ändringssökande.

**59 §. Skyldighet att lämna uppgifter.** Varje universitet med läkar- och tandläkarutbildning ska kalenderårsvis meddela social- och hälsovårdsministeriet antalet avlagda läkar- och tandläkarexamina samt antalet avlagda specialistläkar- och specialisttandläkarexamina. Antalet studerande som inlett studier bygger på Utbildningsstyrelsens statistik på webbplatsen [www.koulutusnetti.fi](http://www.koulutusnetti.fi).

Enligt paragrafens 2 mom. ska ett social- och hälsovårdsområde där det finns ett universitetssjukhus och universitet med specialistläkar- och specialisttandläkarutbildning för varje år före utgången av juni följande år lämna social- och hälsovårdsministeriet en redogörelse för hur utbildningsersättningen har använts. Bestämmelsen är förenlig med hälso- och sjukvårdslagens 64 §.

På grundval av paragrafens 3 mom. ska specialupptagningsområdets forskningskommitté för varje år före utgången av juni följande år lämna social- och hälsovårdsministeriet en redogörelse för de forskningsprojekt och insatsområden som har anvisats finansiering. Om forskningsfinansieringsbeslut ska årligen meddelas till social- och hälsovårdsministeriet för att ministeriet har tillgång till informationen om användningen av medlen trots att utvärderingen av forskningen sker med fyra års mellanrum.

**60 §.** *Användning för utbildning och forskning av lokaler som hör till en kommun eller samkommun.* I paragrafen föreskrivs i enlighet med hälso- och sjukvårdslagens 65 § om användningen av hälso- och sjukvårdens lokaler för utbildning och forskning.

Enligt paragrafens 1 och 2 mom. har ett universitet och en annan anordnare av social- och hälsovårdsutbildning rätt att använda sjukhus och separata verksamhetsenheter i ett social- och hälsovårdsområde eller ett område med basal social- och hälsovård för att ordna utbildning av hälso- och sjukvårdspersonal och forskning inom hälso- och sjukvården. Med andra anordnare av social- och hälsovårdsutbildning avses yrkeshögskolor och yrkesskolor som ger utbildning inom hälso- och sjukvården. Om användningen av lokalerna för utbildning och forskning avtalar mellan anordnaren av utbildningen och sjukvårdsdistriktets samkommun.

Enligt paragrafens 3 mom. har ett universitet under den nio månader långa utbildning vid en hälsovårdscentral som ingår i specialistläkar- och specialisttandläkarutbildningen rätt att använda lokaler vid verksamhetsenheter inom primärvården enligt det som avtalar mellan kommunen eller samkommunen och universitetet.

Enligt paragrafens 4 mom. ska social- och hälsovårdsområdet se till att universitetet eller anordnaren av social- och hälsovårdsutbildning förfogar över sådana för undervisning och forskning behövliga lokaler med fasta maskiner och anläggningar och sådana personalrum för utbildnings- och forskningspersonalen och för studerandena som måste finnas vid en verksamhetsenhet inom social- och hälsovårdsområdet. Om verksamheten också kan ordnas någon annanstans utan svårighet, är det inte frågan om en sådan nödvändighet som bestämmelsen avser. De maskiner, anläggningar och rum som avses i bestämmelsen hör nära samman med sjukhusets eller verksamhetsenhetens verksamhet, och att ordna utbildningen och forskningen på något annat ställe är inte ändamålsenligt.

Yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som är anställda hos den ansvariga kommunen för ett social- och hälsovårdsområde och ett område för basal social- och

hälsovård är skyldiga att delta i utbildning och forskning inom hälso- och sjukvården enligt det som avtalar mellan den ansvariga kommunen eller samkommunen och universitetet eller en annan utbildningsanordnare inom social- och hälsovården.

**61 §.** *Bemyndigande att utfärda förordning.* Bestämmelser om storleken av ersättningar som betalas för kostnaderna för läkar- och tandläkarutbildning samt om förfarandena vid utbetalning av ersättningarna utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet. Enligt paragrafens 1 mom. bestäms de ersättningar som betalas för kostnaderna för läkar- och tandläkarutbildning enligt ersättningen för examen och ersättningen för utbildningsmånaden. Beloppet av examensersättningar och utbildningsmånadsersättningar fastställs årligen genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet. Ersättningens storlek kan variera enligt det årliga anslaget och antalet examen och utbildningsmånader.

Enligt paragrafens 2 mom. utfärdas bestämmelser om insatsområdena och målen för den hälsovetenskapliga forskningen på universitetsnivå, om de övriga grunderna för fördelning av forskningsfinansieringen och förfarandena vid fördelningen samt om tillsättandet av en nationell utvärderingsgrupp för den hälsovetenskapliga forskningen på universitetsnivå och om gruppens sammansättning och uppgifter genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet. Den gällande förordningen av social- och hälsovårdsministeriet om finansiering av hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå (718/2013) är utfärdad i oktober 2013.

Enligt paragrafens 3 mom. utfärdas bestämmelser om de serviceproducenter som har rätt att få ersättning för kostnader för läkar- och tandläkarutbildning och finansiering för hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet. Om detta föreskrivs nu i social- och hälsovårdsministeriets förordning 1364/2011.

Den föreslagna bestämmelsen är förenlig med hälso- och sjukvårdslagens 66 §.

## 6 kap. Tillsyn

Kapitlet innehåller bestämmelser om de statliga myndigheternas tillsyn över verksamheten i områdena och den därtill hörande styrningen. Målet med bestämmelserna är att säkerställa lagenligheten och kvaliteten inom den kommunala social- och hälsovården i första hand genom att de ansvariga kommunerna för social- och hälsovårdsområdena och områdena med basal social- och hälsovård planerar och följer upp sin egen verksamhet. Detta stötts av Tillstånds- och tillsynsverkets för social- och hälsovården (Valvira) och regionförvaltningsverkens styrning och tillsyn som bygger på bland annat tillsynsprogrammen och informationen om dem.

**62 §. Tillsyn och styrning i anslutning till tillsynen.** I den föreslagna paragrafen fastställs den kommunala social- och hälsovårdens tillsynsmyndigheter och arbetsfördelningen mellan dem. En väsentlig del av tillsynen är styrning som dels siktar till att förebygga förhållanden och system som riskerar klient- och patientsäkerheten samt kränker klientens och patientens rättigheter, dels till att avhjälpa brister och andra missförhållanden i verksamheten.

Enligt paragrafens 1 mom. är det regionförvaltningsverken som svarar för tillsynen över lagenligheten i servicestrukturen och verksamheten i social- och hälsovårdsområdena, områdena med basal social- och hälsovård och specialupptagningsområdena samt för tillsynen över lagenligheten i de tjänster som dessa tillhandahåller och för styrningen i anslutning till tillsynen. Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira) har igen till uppgift att styra regionförvaltningsverkens verksamhet vid verkställigheten och förenhetligandet av tillsynen samt att behandla särskilt bestämda tillsynsärenden enligt 2 mom. I enlighet med den gällande lagstiftningen ska Valvira svara för ärenden som är viktiga med tanke på hela landet och för vilka det är bra att ta fram enhetliga för hela landet gällande riktlinjer, till exempel när det handlar om att tolka ny lagstiftning eller situationer för vilka det av någon annan orsak inte finns någon etablerad myn-

dighetspraxis samt när det gäller att bedöma ändamålsenligheten i en verksamhet om vilken det inte finns några bestämmelser eller landsomfattande rekommendationer. Principiellt viktiga eller vittsyftande ärenden kan också vara till exempel ändringar i ordnandet av social- och hälsovårdens tjänster.

Till Valvira ska också hörä ärenden som gäller verksamhetsområdet för flera regionförvaltningsverk. Då underviker man situationer där det uppstår ovisshet om vilket regionförvaltningsverk som har behörighet att behandla ärendet. Valvira ska också behandla ärenden som regionförvaltningsverket är jävigt att behandla. Utöver dessa hör det till Valviras behörighet att behandla ärenden som väsentligen har samband med andra tillsynsärenden som behandlas vid verket och som gäller socialvården eller hälso- och sjukvården eller yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Bestämmelsen ger möjlighet att behandla dessa ärenden som en helhet.

Enligt paragrafens 3 mom. utfärdas bestämmelser om den närmare arbetsfördelningen mellan Valvira och regionförvaltningsverken vid styrningen och tillsynen vid behov genom förordning av statsrådet. Att utfärda en förordning har varit möjligt redan tidigare med stöd av de gällande bestämmelserna, men tills vidare har det inte uppstått behov för en sådan förordning.

**63 §. Styrnings- och utvärderingsbesök.** Utöver att tillsynsmyndigheterna har gjort inspektionsbesök i kommuner och samkommuner i samband med tillsynen har de också gjort besök som inte har gällt att utreda konstaterade eller misstänkta missförhållanden. Dessa styrnings- och utvärderingsbesök har kunnat bygga på till exempel ett resultatavtal mellan social- och hälsovårdsministeriet och tillsynsmyndigheten. Om besöken har man avtalat på förhand med kommunen eller samkommunen.

Styrnings- och utvärderingsbesöken har visat sig vara nyttiga för såväl kommunerna som tillsynsmyndigheterna. Besöken har också bidragit till genomförandet av tillsynsprogrammen samt i flera fall till utbildning och styrning när ny lagstiftning har trätt i kraft.



I lagen som nu stiftas föreslås bestämmelser om styrnings- och utvärderingsbesök. Bestämmelserna klargör syftet för de besök som tillsynsmyndigheterna av olika orsaker gör hos den som ska övervakas. Till styrningsbesöken som avses i paragrafen hör inte några efterkontroller såsom till de inspektioner och liknande besök som görs i tillsynsyfte.

Enligt det föreslagna 1 mom. kan regionförvaltningsverken och Valvira företa styrnings- och utvärderingsbesök inom social- och hälsovårdsområden, områden med basal social- och hälsovård och specialupptagningsområden. Besöken hör samman med verksamhetens styrning, utvärdering och uppföljning. Avsikten är bland annat att ge områdenas förtroendepersoner, ledning och personal orientering om tillsynsprogrammen, lagstiftningen och andra aktuella frågor inom social- och hälsovården. Till besöken hör också utbyte av information. I samband med besöken får tillsynsmyndigheterna information om besöksobjektets verksamhet, sätten att ordna tjänsterna och om de lokala förhållandena.

Enligt paragrafens 2 mom. ska man alltid avtala om styrnings- och utvärderingsbesöken och besöksprogrammet på förhand med respektive social- och hälsovårdsområde, område med basal social- och hälsovård och specialupptagningsområde. Styrnings- och utvärderingsbesöken kräver alltid enligt detta att tidpunkten för besöket är lämplig för det område som ska besökas. Besöksobjektet har också möjlighet att meddela att det inte ser tillsynsmyndighetens planerade besök behövt.

**64 §. Inspektionsrätt.** I paragrafen föreskrivs om inspektion av verksamheten och tjänsterna i ett social- och hälsovårdsområde, ett område med basal social- och hälsovård och ett specialupptagningsområde samt om inspektion av enheter och andra lokaler som används för verksamheten och ordnandet av tjänsterna. Sakinnehållet i bestämmelserna är förenligt med de bestämmelser som nu finns bland annat i folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård och socialvårdslagen.

Enligt paragrafens 1 mom. kan regionförvaltningsverket och Tillstånds- och tillsyns-

verket för social- och hälsovården inspektera verksamheten och tjänsterna i ett social- och hälsovårdsområde, ett område med basal social- och hälsovård och ett specialupptagningsområde samt de verksamhetsenheter och lokaler som man använder för att ordna och producera dem när det finns grundad anledning att förrätta en inspektion. En grundad anledning till en inspektion kan vara till exempel en klagomålsskrift eller eventuella påstådda eller misstänkta missförhållanden som förts fram i media. Eftersom Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården har begränsade möjligheter att förrätta inspektioner, föreslås det att i paragrafen föreskrivs också att Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården kan ålägga regionförvaltningsverket att på dess vägnar förrätta inspektionen. Även då ska det finnas en grundad anledning till inspektionen.

Inspektionen ska också få förrättas utan en förhandsanmälan. Enligt förvaltningslagens 39 § 1 mom. ska en myndighet underrätta en part som direkt berörs av ärendet om tidpunkten då en inspektion som faller under myndighetens behörighet inleds, såvida syftet med inspektionen inte äventyras av en sådan underrättelse. Inspektionerna enligt den föreslagna paragrafen är ofta av sådan karaktär att en förhandsanmälan kan äventyra syftet med inspektionen. Därför föreslås det att i paragrafens 1 mom. anges uttryckligen att inspektioner får förrättas utan en förhandsanmälan.

I paragrafens 2 mom. ingår närmare bestämmelser om förrättandet av inspektioner. Bestämmelsen går ut på att en inspektör ska ges tillträde till det inspekterade verksamhetsställets alla lokaler samt tillgång till alla uppgifter och dokument som är nödvändiga för inspektionen. Rätten att få uppgifter och dokument ska vara möjlig trots sekretessbestämmelserna. Den föreslagna bestämmelsen behövs för att inspektören vid behov kan granska till exempel patient- och klientdokument under inspektionen. Det kan också vara nödvändigt att inspektören tar fotografier som hjälper att utreda och bedöma verksamhetens ändamålsenlighet även efter inspektionen, till exempel när det gäller hygien eller hantering av läkemedel i enheten. I vis-

sa fall kan det också vara nödvändigt att Tillstånds- och tillsynsverkets eller regionförvaltningsverkets tjänsteman biträds av en utomstående expert eller utomstående experter. I paragrafen föreslås därför en bestämmelse som klargör möjligheten att anlita experter.

Enligt det föreslagna 3 mom. i paragrafen ska det föras protokoll över inspektionen. I paragrafen föreslås också en bestämmelse om bemyndigande att utfärda förordning. Enligt denna bestämmelse får det genom förordning av statsrådet vid behov utfärdas bestämmelser om omständigheter som särskilt ska beaktas vid inspektionerna, om inspektionsförfarandet samt om det protokoll som ska föras över inspektionen och om dess förvaring och förvaringstid.

**65 §. Förelägganden och tvångsmedel.** I paragrafen föreskrivs om de åtgärder som regionförvaltningsverket eller Valvira kan vidta när brister eller andra missförhållanden som äventyrar klient- eller patientsäkerheten upptäcks i ordnandet eller genomförandet av social- eller hälsovården eller om verksamheten i övrigt strider mot lagen. Bestämmelserna motsvarar bland annat de bestämmelser som för närvarande finns i folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård och socialvårdslagen.

Valvira och regionförvaltningsverket kan enligt paragrafens 1 mom. meddela ett föreläggande om hur brister eller missförhållanden ska avhjälpas. Samtidigt ska man ge en rimlig tid för vidtagandet av åtgärder. Bestämmelsen kan till exempel gälla avhjälpandet av felaktigheter eller brister som har upptäckts i verksamheten och verksamhetsprinciperna och till exempel förnyelse av handlingssätt såsom även avhjälpandet av brister i verksamhetslokalerna. Om det bedöms att den upptäckta bristen eller det upptäckta missförhållandet kan äventyra klient- eller patientsäkerheten, kan det bestämmas att verksamheten ska avbrytas omedelbart. På samma sätt kunde man med omedelbar effekt förbjuda användningen av en enhet inom social- och hälsovården, dess del eller en anordning för att säkerställa klient- och patientsäkerheten.

Eftersom ordnandet av social- och hälsovården är en lagstadgad uppgift för de ansvariga kommunerna och i vissa fall samkommuner, avlägsnar ett föreläggande av Valvira eller regionförvaltningsverket om avhjälpande av brister eller missförhållanden eller om avbrytande av verksamheten inte den ansvariga kommunens eller samkommunens ansvar för det ändamålsenliga ordnandet av nämnda tjänster inom social- och hälsovården. Valvira och regionförvaltningsverket kan enligt paragrafens 2 mom. vid vite förplikta den ansvariga kommunen eller samkommunen att iaktta meddelade förbud eller förelägganden. Alternativa åtgärder till vite är avbrytande av verksamheten eller användningsförbud.

Ifall Valvira eller regionförvaltningsverket på basis av klient- eller patientsäkerheten fattar ett beslut om avbrytande av verksamheten eller användningsförbud som avses i paragrafen, ska ett dylikt förbud enligt det föreslagna 3 momentet iakttagas trots att ändring har sökts. Detta eftersom det annars är möjligt att klient- eller patientsäkerheten alltför äventyras under behandlingen av ärendet. Besvärsmyndigheten kan dock bestämma att verkställandet av tillsynsmyndighetens beslut avbryts.

Enligt läkemedelslagen (395/1987) ansvarar Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet (Fimea) ensamt för tillsynen enligt läkemedelslagen. För tydlighetens skull konstateras det i paragrafens 4 mom. att Valviras och regionförvaltningsverkets i paragrafen avsedda möjlighet att meddela ett föreläggande eller förelägga vite eller förpliktelse inte enligt nämnda lag gäller sådana uppgifter som Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet har ensamrätt att övervaka. I samband med tillsyn som utövas av Valvira eller regionförvaltningsverket kan det dock uppstå problem eller missförhållanden i anknytning till läkemedelsförsörjningen. Med tanke på deras ändamålsenliga utredande förutsätter bestämmelserna att Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet underrättas om dessa. Därutöver ska Strålsäkerhetscentralen på motsvarande sätt underrättas om

brister och missförhållanden som gäller användning av strålning.

**66 §. Administrativ styrning samt uppmaning.** I paragrafen förskrivs om tillsynsmyndigheternas åtgärder som är lindrigare än de som avses i 65 §, dvs. om Valvira och regionförvaltningsverkets möjlighet att ge tillsynsobjekten s.k. administrativ styrning eller en uppmaning då det har upptäckts en brist, felaktighet, försummelse eller något annat missförhållande vid ordnandet eller genomförandet av social- eller hälsovården, men då denna inte anses ge anledning till åtgärder enligt 65 §.

Enligt 1 mom. är medlen för administrativ styrning delgivande av uppfattning om det förfarande som lagen kräver, uppmärksamgörande på de krav som en god förvaltning ställer och givande av anmärkning. Delgivande av uppfattning och uppmärksamgörande är till sin natur lindrigare medel än givandet av en anmärkning. Givandet av en anmärkning ska vara möjligt bara om lindrigare styrmedel med hänsyn till de omständigheter som inverkar på helhetsbedömningen av ärendet inte kan betraktas som tillräckliga. Syftet med delgivandet av uppfattning och uppmärksamgörandet är att styra den övervakade att agera på det sätt som lagen förutsätter och att i sin framtida verksamhet ta hänsyn till kraven på en god förvaltning. Även en anmärkning ska ges med tanke på framtiden, och syftet med den är att på ett mer klandrande sätt än uppmärksamgörande styra den som agerat mot lagen på så sätt att de upptäckta felaktigheterna inte upprepas. I fråga om uppmärksamgörande och anmärkning motsvara bestämmelserna de nuvarande bestämmelserna i till exempel folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård och socialvårdslagen. Det har ansetts vara motiverat att även införa i paragrafen bestämmelser om delgivande av uppfattning eftersom det även nämns i regeringens proposition till riksdagen med förslag till lag om ändring av förvaltningslagen (434/2003) (RP 50/2013 rd.) bland bestämmelserna om administrativ styrning som ges med anledning av förvaltningsklagan.

I paragrafens 1 mom. ska även ingå bestämmelser om möjligheten att uppmana den

övervakade att avhjälpa bristen eller annat missförhållande som har upptäckts. Inom social- och hälsovårdslagstiftningen har det inte tidigare funnits bestämmelser om givandet av uppmaning utan dess användning har baserat sig på vedertagen praxis. En uppmaning är till sin natur en rekommendation som inte förpliktar.

Eftersom de åtgärder som avses i paragrafens 1 mom. närmast är avsedda att vara ställningstaganden som styr verksamheten av en myndighet eller en tjänste- eller befattningssinnehavare, föreslås det i paragrafens 2 mom. en klargörande bestämmelse, enligt vilken man inte genom besvär får söka ändring till administrativ styrning eller uppmaning enligt paragrafen som getts av Valvira eller regionförvaltningsverket. Den princip som framgår av bestämmelsen motsvarar högsta förvaltningsdomstolens rättspraxis och är den samma som bland annat ingår i de bestämmelser om administrativ styrning som man har föreslagit till förvaltningslagen såsom även i fråga om den administrativa styrning som ges av riksdagens justitieombudsman och justitiekanslern i statsrådet.

**67 §. Behandling av ett tillsynsärende.** Till paragrafen föreslås en bestämmelse om tillsynsmyndighetens prövningsrätt vid behandlingen av tillsynsärenden och preskriptionen av tillsynsärenden.

Enligt paragrafens 1 mom. ska tillsynsmyndigheterna på basis av ett tillsynsärende som kommit till deras kännedom vidta de åtgärder som de anser vara befogade med tanke på säkerställandet av klient- och patientsäkerheten eller efterlevnaden av lagen. Till exempel ärenden som har blivit anhängiga på basis av anmälningar till tillsynsmyndigheter avviker i praktiken märkbart från varandra med tanke på sitt allvar och sin övriga betydelse. Det är meningen att Valvira och regionförvaltningsverket från fall till fall ska bedöma hurdana åtgärder varje enskilt tillsynsärende förutsätter.

Enligt den föreslagna bestämmelsen ska behandlingsproceduren av ett tillsynsärende med tanke på själva proceduren uppdelas i två. Valvira eller regionförvaltningsverket ska först sätta sig in i det ärende som har kommit till dess kännedom och göra en pre-

liminär helhetsbedömning om det med tanke på säkerställandet av klient- och patientsäkerheten eller efterlevnaden av lagen. Därefter ska tillsynsmyndigheten på basis av sin preliminära bedömning vidta de åtgärder som den anser vara befogade med tanke på säkerställandet av ovannämnda förhållanden. Avsikten är att tillsynsmyndighetens prövningsrätt beträffande de åtgärder som den väljer och deras omfattning är omfattande. Tillsynsmyndigheten kan till exempel vid behov skaffa sådana redogörelser som behövs i ärendet per telefon och på basis av dem utarbeta en promemoria eller skaffa dokument i anknytning till ärendet eller utredningar av den övervakade eller andra aktörer genom skriftliga begäran om utredning eller utlåtelse. Om det på basis av den preliminära helhetsbedömningen inte finns anledning att misstänka att klient- eller patientsäkerheten äventyras eller att det förekommer sådant förfarande som strider mot lagen eller sådan försummelse av skyldigheten som förutsätter att tillsynsmyndigheten ingriper i ärendet, ger ärendet i princip ingen anledning till vidare åtgärder. Bestämmelsen motsvarar de bestämmelser om behandling av förvaltningsklagan som har föreslagits till förvaltningslagen.

Till paragrafens 2 mom. föreslås en bestämmelse om att Valvira och regionförvaltningsverket inte undersöker ett tillsynsärende som baserar sig på en händelse som ligger mer än två år tillbaka i tiden utan särskild orsak. Tillsynens verkliga inverkan och effektivitet minskar på ett betydande sätt då de ärenden som ska undersökas blir äldre. Det är ofta oändamålsenligt att utreda gamla ärenden. Då tiden löper, påverkar detta också möjligheterna att utreda ärendet på ett pålitligt sätt. Detta försvagar på motsvarande sätt tillsynsobjektets rättsskydd. Den föreslagna preskriptionstiden på två år ska inte vara absolut, utan man kan avvika från den utsatta tiden, om det finns särskild orsak till detta. Bestämmelsen motsvarar bestämmelserna om preskriptionstiden för förvaltningsklagan i förvaltningslagen såsom även bestämmelserna om preskriptionstiden för klagomålsärenden som riksdagens justitieombudsman och justitiekanslern i statsrådet behandlar. I

paragrafens 3 mom. ska ingå en till sin natur informativ bestämmelse, som hänvisar till bestämmelserna om anmärknings- och klagomålsförfarandet i förvaltningslagen, lagen om patientens ställning och rättigheter och lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården.

68 §. Tillsynsmyndighetens rätt att få uppgifter. I paragrafen föreskrivs om skyldigheten av ett social- och hälsovårdsområde, ett område med basal social- och hälsovård och ett specialupptagningsområde att på begäran avgiftsfritt lämna till Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården och regionförvaltningsverket de uppgifter och utredningar som är nödvändiga för fullgörandet av deras styrnings- och tillsynsuppdrag oberoende av sekretessbestämmelserna.

## 7 kap. Särskilda bestämmelser

69 §. *Beredskap för störningar och undantagsförhållanden.* I paragrafens 1 mom. föreskrivs om skyldigheten av ett social- och hälsovårdsområde att i samråd med kommunerna inom sitt område och de ansvariga kommunerna för områdena med basal social- och hälsovård bereda sig på störningar och storolyckor som förutsätter åtgärder inom socialvården och hälso- och sjukvården. Därutöver konstateras i 1 mom. skyldigheten att utarbeta en sådan beredskapsplan som avses i 12 § i beredskapslagen (1552/2011) för att säkerställa verksamheten och kontinuiteten i social- och hälsovården också under undantagsförhållanden.

Syftet med bestämmelsen är att klargöra ansvaret för planeringen och styra förberedelser och beredskapsplaneringen så att dessa sker på regional basis. Regionala förberedelser och regional beredskapsplanering som sker i samarbete mellan den specialiserade sjukvården, primärvården och socialvården gör förberedelserna inför störningar i normalförhållanden och undantagsförhållanden effektivare. Detta främjar förhandsplaneringen av den gemensamma användningen av social- och hälsovårdens kapacitet och resurser samt special- och experttjänster. Den regionala beredskapsplaneringen inom social- och hälsovården ska ske i sådant samråd med

regionens kommuner och med områdena med basal social- och hälsovård som planens ändamålsenliga utarbetande och förberedelserna inom området förutsätter.

Skyldigheten i beredskapslagen är en allmän skyldighet som gäller en enskild kommun och samkommun. Den innehåller inga bestämmelser om ledningsförhållanden för planeringen eller samarbetet. Därför förutsätts det i den föreslagna lagen om ordnandet av social- och hälsovården att beredskapsplanen för social- och hälsovård ska utarbetas regionalt i samråd med områdena och kommunerna. Dessutom ansvarar ett specialupptagningsområde i enlighet med 16 § 2 mom. 8 punkten för sammanfogandet av social- och hälsovårdsområdets beredskapsplanering.

I paragrafens 2 mom. föreskrivs om statens möjlighet att medverka i upprätthållandet av den beredskap som behövs inom socialvården och hälso- och sjukvård och i hanteringen av exceptionella situationer. Bestämmelsen är avsedd att trygga det riksomfattande upprätthållandet av sådana förberedelser som en kommun eller samkommun enligt lagen inte är ansvarig för. Detta gör det samtidigt möjligt att ersätta kostnader som föranleds av eftervården av störningar då detta med iakttagande av händelsens natur och den ansvariga kommunens eller kommunernas resurser är motiverat.

När det gäller större olycksfall och störningar i hemlandet och utomlands är social- och hälsovårdsresurserna och -expertisen av en kommun eller ett område ofta inte tillräckliga för att hantera eller leda situationen. Offrens snabba undersökning, vård och inledandet av det psykosociala stödet förutsätter att man från andra ställen får hjälp av yrkespersonal inom socialvården och hälso- och sjukvården, hälsovårdsutrustning och apparater samt medicin. Det kan också vara nödvändigt att flytta patienter till vård någon annanstans, vilket ofta förutsätter medicinsk evakueringsberedskap luftledes. I framtiden kan det uppstå ett behov att utse riksomfattande aktörer för att till exempel utveckla och upprätthålla gemensamma informationssystem för förberedelserna samt för andra eventuella funktioner som förberedelserna förutsätter.

Den föreslagna 69 § motsvarar nuvarande 38 § i hälsovårdslagen. Bestämmelsen har kompletterats så att den även täcker socialvården.

**70 §. Överföring av ansvaret för att ordna tjänster i vissa fall.** Det föreslås att i paragrafen föreskrivs om ansvaret att ordna tjänster mellan områden med basal social- och hälsovård samt social- och hälsovårdsområden i de fall där en person utnyttjar sin rätt enligt 3 a § i lagen om hemkommun (201/1994) att välja hemkommun. I dessa fall övergår ansvaret för ordnandet från flyttningsdagen till området med basal social- och hälsovård eller social- och hälsovårdsområdet för den nya hemkommunen. Paragrafen motsvarar 42 a § i den nuvarande socialvårdslagen. Det föreslås dock att de tekniska ändringar som föranleds av den föreslagna lagen ska göras i den.

Enligt paragrafen övergår ansvaret för ordnandet av servicen från flyttningsdagen till det område med basal social- och hälsovård eller social- och hälsovårdsområde till vilket den nya hemkommunen hör då en person har placerats i familjevård, slutenvård eller bodeservice inom en annan kommun och han eller hon använder rätten att välja hemkommun enligt lagen om hemkommun. Ifall både den tidigare och nya hemkommunen hör till samma område, påverkar flyttningen inte ansvaret för ordnandet.

Personens placering kan även basera sig på ett beslut av annan myndighet än den kommunala myndigheten. Detta innebär att även en person som vårdas till exempel på statens sinnessjukhus har rätten att välja hemkommun, även om han eller hon hade placerats på sjukhuset enligt ett beslut av Institutet för hälsa och välfärd. Även i dessa situationer är det motiverat att ansvaret för ordnandet av servicen överförs till det område till vilket den nya hemkommunen hör.

Ansvaret för ordnandet av social- och hälsovården inom det område med basal social- och hälsovård eller det social- och hälsovårdsområde till vilket den nya hemkommunen hör gäller alla de tjänster som personen behöver. I enlighet med detta ska man för personen ordna tjänsterna i enlighet med

tidigare beslut samt även eventuella nya tjänster som behövs.

Ändring av hemkommunen förutsätter flyttningsanmälan på det sätt som föreskrivs i lagen om hemkommun. Anmälningsskyldigheten enligt 7 § i lagen om hemkommun är bunden till flyttningsdagen så att anmälan till magistraten ska göras tidigast en månad före och senast en vecka efter flyttningsdagen. I den situation som avses i 3 a § i lagen om hemkommun har personen dock på basis av det beslut som hans eller hennes hemkommun redan tidigare fattat i praktiken flyttat till den andra kommunens område. Därmed kan skyldigheten att göra en flyttningsanmälan inte på ovannämnda sätt bindas till tidpunkten för den faktiska flyttningen, men förutsättningen för att hemkommunen ändras är emellertid att personen i fråga gör till magistraten en anmälan som motsvarar flyttningsanmälan. I 7 § 1 mom. i lagen om hemkommun finns närmare bestämmelser om anmälningsskyldigheten i dessa situationer.

I 70 § i den föreslagna lagen om ordnandet av social- och hälsovården finns bestämmelser om överföring av ansvaret att ordna tjänster när en person som är placerad i familjevård, institutionsvård eller boende med boendeservice byter hemkommun. Enligt den nu gällande bestämmelsen i 42 b § i socialvårdslagen ligger ansvaret för kostnaderna för vården fortfarande hos den tidigare hemkommunen även när hemkommunen ändras. Enligt förslaget kommer också kostnadsansvaret att överföras till den ansvariga kommunen för det social- och hälsovårdsområde eller område med basal social- och hälsovård till vilket den nya hemkommunen hör. Rätten att med stöd av 16 a § i socialvårdslagen och 3 a § i lagen om hemkommun byta hemkommun har använts i mycket liten utsträckning under 2011–2012. I den utredning som gjorts uppgav de 129 kommuner eller samarbetsområden som deltog att strax under 300 personer har bytt hemkommun. Kostnaderna för dessa överföringar var i allmänhet rätt små enligt kommunernas uppgifter. Merparten av kommunerna uppgav att ändringen av socialvårdslagen och lagen om hemkommun inte hade haft någon ekonomisk betydelse. 21 kommuner rapporterade att extra

kostnader hade uppstått, och dessa varierade mellan 6 100 och 340 000 euro. Överföringen av kostnadsansvaret kommer dessutom att få mindre betydelse när ansvaret för att ordna tjänster och kostnadsansvaret efter reformen övergår till ett större befolkningsunderlag än i dagsläget. Att kostnadsansvaret blir kvar hos den tidigare hemkommunen har också visat sig vara betungande rent administrativt.

Kommunernas svar i utfrågningen tyder på att ändringarna av socialvårdslagen och lagen om hemkommun, bortsett från vissa undantag, inte har haft särskilt märkbara konsekvenser för kommunerna. Byte av hemkommun och den påföljande överföringen av ansvaret för att ordna tjänster har inte skett i så stor omfattning och ändringarnas inverkan på den kommunala ekonomin har inte heller varit särskilt märkbar. Realiserandet av kostnadsansvaret mellan kommunerna på det sätt som avses i 42 b § i socialvårdslagen har på grund av det som sagts ovan inte visat sig vara en ändamålsenlig lösning. Därför kommer 42 b § i socialvårdslagen att upphävas i samband med den nya lagen om ordnandet av social- och hälsovården.

**71 §. Ordnande av tjänster när hemkommunen ändras.** Enligt förslaget ska i paragrafen föreskrivas om förfaringssättet i det fall att personen ansöker om vårdplats som baserar sig på det kommunala ansvaret för ordnandet inom en annan kommun än sin hemkommun. I huvuddrag motsvarar paragrafen 16 a § i den nuvarande socialvårdslagen. Texten ska ändras att motsvara den nya strukturen för ordnandet av social- och hälsovården, och vissa tekniska ändringar ska införas i den.

Den som vill flytta och bli invånare i en annan kommun, men på grund av sin ålder eller sin funktionsnedsättning eller av någon annan orsak inte kan bo där utan familjevård, sluten vård eller boendeservice, har enligt paragrafens 1 mom. rätt att ansöka om socialtjänster hos det område med basal social- och hälsovård eller social- och hälsovårdsområde till vilket den andra kommunen hör, på samma grunder som om han eller hon vore invånare i en kommun som tillhör området. Termen ”självständigt boende”, som används i nuvarande 16 a § i socialvårdslagen är inte

ändamålsenlig, och den används inte längre i den föreslagna paragrafen.

Enligt paragrafens 2 mom. ska det social- och hälsovårdsområde eller område med basal social- och hälsovård till vilket ansökan har kommit in bedöma personens behov av service i samarbete med social- och hälsovårdsområdet eller området med basal social- och hälsovård för sökandes nuvarande hemkommun samt fatta beslut om servicen beviljas eller inte. Den region som vid tidpunkten för ansökan ansvarar för tillhandahållandet av personens tjänster samt även hemkommunen, som i sista hand för sin del ansvarar för finansieringen av området med basal social- och hälsovård eller social- och hälsovårdsområdet, ska underrättas om att en dylik ansökan har kommit in.

Enligt en rapport som hösten 2013 gavs ut av Institutet för hälsa och välfärd (Ulla Lehtonen, Eeva Nykänen och Marja Pajukoski: Kotikuntalain ja sosiaalihuoltolain 1.1.2011 voimaan tulleiden muutosten vaikutukset kunniassa. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, Työpaperi 35/2013) har det framför allt varit äldre människor som utnyttjat rätten enligt 16 a § i den nuvarande socialvårdslagen att söka sig till tjänster som tillhandahålls av en annan kommun. Därutöver har personer med funktionsnedsättning, rehabiliteringsklienter inom mentalvården, långtidssjuka och rehabiliteringsklienter inom missbruksvården i någon mån använt rätten att flytta.

Till paragrafen föreslås inga närmare bestämmelser om den typ av service som ansökan kan gälla eller med stöd av vilken lag ärendet i första hand ska bedömas. Avsikten är att begränsningen av rätten till ansökan till den här delen dock i praktiken styr prövningen och beslutsfattandet. Eftersom personen åtminstone enligt egen bedömning i princip inte kan bo i sin nya hemkommun utan de tjänster som avses i bestämmelsen i fråga, är det närmast tjänster inom slutenvård och boende på en vårdplats där tjänster som möjliggör boende dygnet runt kan ordnas som ska bedömas. Det faktum hurdana tjänster sökanden får då han eller hon lämnar in ansökan får dock inte ensam påverka behandlingen av ansökan. Tjänsterna ska ordnas på basis av sökandens verkliga behov, och man

behöver inte ordna dem på samma sätt som vid tidpunkten för ansökan. Då kundens situation bedöms får man inte heller till exempel vädja till det att de tjänster som sökanden behöver redan har ordnats. Den föreslagna bestämmelsen har ingen inverkan på kundens rätt att välja anordnaren av hälsovårdstjänster i enlighet med lagstiftningen gällande patientens valfrihet.

Det föreslagna ansökningsförfarandet kan även tillämpas i en situation där personen tillsvidare har kunnat bo hemma, men hans eller hennes förhållanden håller på att ändras snabbt så att behovet av vård och vårdplatsens natur ska omvärderas. Ofta börjar man fundera på flyttning närmare de anhöriga just i det skedet då den försämrade funktionsförmågan eller förändrade förhållanden börjar göra det svårt att bo ensam.

Det område med basal social- och hälsovård eller social- och hälsovårdsområde till vilket den nya hemkommunen hör ska i fortsättningen enligt normala principer ansvara för ordnandet av den service som personen behöver. Detta innebär i praktiken till exempel det att det nya området ska bestämma om de kundavgifter som debiteras för servicen i enlighet med sin verksamhetspolicy och det spelrum som lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/1992) möjliggör. Det nya området med basal social- och hälsovård eller social- och hälsovårdsområdet kunde även senare bedöma personens behov av service och placera honom eller henne på en vårdplats som bättre motsvarar servicebehovet än den plats som var i bruk efter flyttningen.

Vid behandlingen av ansökan och beslutsfattandet ska man iakttä socialvårdslagen, lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården samt en speciallag om social- och hälsovårdstjänster som eventuellt ska tillämpas på basis av servicebehovet. Om bedömningen av behovet av socialservice i brådskande fall föreskrivs i 40 a § i socialvårdslagen. I 3 a § i lagen om service och stöd på grund av handikapp (380/1987) finns särskilda bestämmelser om utredning av servicebehovet och utarbetande av en serviceplan. Ifall särskilda bestämmelser av denna typ är tillämpliga på sökanden, ska de natur-

ligtvis iakttas. I annat fall ska servicebehovet bedömas allmänt enligt samma grunder som när de egna invånarna för kommunerna i området med basal social- och hälsovård eller social- och hälsovårdsområdet ansöker om service.

Det förutsätts att den som behandlar ansökan samt det område med basal social- och hälsovård eller social- och hälsovårdsområde till vilket sökandens hemkommun hör agerar i samarbete då ansökan behandlas. Detta är motiverat eftersom den som vid tidpunkten för ansökan ansvarar för sökandens tjänster vet bäst vilka tjänster sökanden tidigare behövt och använt och har därmed möjlighet att ge uppgifter som är viktiga med tanke på beslutsfattandet i ansökningsärendet. Det föreslås inga exakta bestämmelser om hur samarbetet i praktiken ska ordnas utan frågan ska bedömas från fall till fall. I de klaraste enskilda fallen kan tillräckligt samarbete eventuellt skötas genom informationsväxling mellan myndigheterna. Man kunde även förutsätta att det till ansökningsärendet bifogas sökandens serveplan eller annat redan befintligt material, som kunde utnyttjas då ärendet avgörs. Det område med basal social- och hälsovård eller social- och hälsovårdsområde vars skyldighet det är att ordna servicen för sökanden då ansökan lämnas in ska även generellt ge alla de uppgifter som är nödvändiga vid behandlingen av ansökan. Oberoende av sekretessbestämmelserna har den myndighet som behandlar ansökningsärendet rätt att få nödvändiga uppgifter från andra myndigheter och aktörer i enlighet med det som föreskrivs i synnerhet i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården.

Med stöd av paragrafens 2 mom. ska området med basal social- och hälsovård eller social- och hälsovårdsområdet alltid fatta beslut i ansökningsärendet. Därmed kan sökanden söka ändring eller rättelse i beslutet antingen enligt bestämmelserna i 7 kap. i socialvårdslagen eller enligt de speciallagar som i första hand har tillämpats då ärendet har avgjorts.

I samband med den föreslagna ändringen ska man försöka hindra ett sådant förfarande att en person samtidigt ansöker om en be-

dömning av servicebehovet på flera ställen för att till exempel utreda vilket alternativ som är det bästa möjliga för honom eller henne. För att hindra den ovan beskrivna oändamålsenliga användningen av bedömningen av servicebehovet behandlas ansökan enligt paragrafens 3 mom. inte, om sökanden har lämnat in en likadan ansökan till ett annat område och behandlingen av ärendet pågår fortfarande. För att säkerställa övervakningen av ansökningsförfarandet föreslås det att den aktör till vilken ansökan har kommit in genast ska underrätta den ansvariga kommunen för det område med basal social- och hälsovård eller social- och hälsovårdsområde till vilket hemkommunen hör. Då kan sökanden snabbt upptäckas, och man kan hindra det att bedömningen av en och samma persons servicebehov samtidigt inleds på flera ställen. I praktiken är kontakterna mellan områdena i varje fall nödvändiga för genomförandet av bedömningen av servicebehovet, vilket innebär att man i anknytning till anmälningsförfarandet samtidigt också kan komma överens om samarbetet för utredning av sökandens situation och de tjänster som han eller hon behöver.

I paragrafens 4 mom. finns närmare bestämmelser om förfarandet efter att den ansvariga kommunen för området med basal social- och hälsovård eller social- och hälsovårdsområdet har fattat ett positivt beslut och beviljat sökanden en vårdplats inklusive service. I detta fall ska personen inom den utsatta tiden först anmäla om han eller hon tar emot servicen och därefter också i praktiken flytta till den nya vårdplatsen för att ändringen av hemkommunen och ansvaret för ordnandet ska genomföras. Det är nödvändigt att fastställa en tidpunkt för anmälan för att bedömningen av servicebehovet och beslutet om vårdplatsen inte förlorar sin betydelse samt för att de områden som ansvarar för ordnandet av servicen på basis av sökandens nuvarande och nya hemkommun i tillräcklig grad kan förbereda sig på situationen.

Sökanden ska för det första inom två veckor anmäla att han eller hon tar emot vårdplatsen. Det är motiverat att införa en kort tidsfrist för att planeringen och dimensioneringen av de resurser som servicen kräver inte i



onödan försvåras. Det har även ansetts att tidsfristen kan vara kort eftersom de personer som söker sig till detta förfarande i praktiken ofta redan en längre tid har förberett sig på byte av hemkommun, vilket innebär att de har goda förutsättningar att fatta ett slutligt beslut i ärendet efter bedömningen av servicebehovet och beslutsfattandet.

Därutöver ska sökanden inom tre månader efter att ha fått del av beslutet i praktiken flytta till den vårdplats som avses i beslutet. Med stöd av 7 § i lagen om hemkommun har anmälningsskyldigheten för den som flyttar bundits till flyttningsdagen så att anmälan om flyttningen till magistraten ska göras tidigast en månad före och senast en vecka från flyttningsdagen. Det är viktigt att iaktta att personens eget agerande är en förutsättning för att hans eller hennes hemkommun verkligen ändras och även ansvaret för ordnandet av de tjänster som han eller hon behöver överförs till det område med basal social- och hälsovård eller social- och hälsovårdsområde som har fattat beslutet.

Sökanden kan även efter bedömningen av servicebehovet och det beslut som han eller hon har emottagit besluta att inte ta emot den erbjudna servicen eller vårdplatsen. Han eller hon kan vidare låta bli att i praktiken flytta till en sådan vårdplats som har anvisats för honom eller henne och om vars mottagande han eller hon redan har meddelat. I bägge fallen förfaller förfarandet och personens hemkommun ändras inte i enlighet med 3 b § i lagen om hemkommun.

**72 §. Ordnande av hälso- och sjukvård i vissa fall.** Den i paragrafen nämnda skyldigheten jämför vissa anställda från tredjeländer med kommuninvånarna i fråga om hälso- och sjukvården. Bestämmelsen beror på direktiv antagna i Europeiska unionen. Europaparlamentets och rådets direktiv 2011/98/EU, nedan direktivet om kombinerade tillstånd, förutsätter likabehandling dvs. sådana arbetstagare som avses i direktivet ska behandlas likadant som medlemsstatens egna medborgare inom bland annat hälso- och sjukvården. Enligt bestämmelsen jämföras med kommuninvånare en person som har i Finland giltigt arbets-, tjänste- eller annat anställningsförhållande eller har regi-

strerats som arbetslös arbetssökande efter det att ett sex månader långt arbets-, tjänste- eller annat anställningsförhållande har upphört. Bestämmelsen behövs för att även sådana arbetstagare som tillfälligt vistas i Finland ska ha rätt till kommunala hälso- och sjukvårdstjänster enligt samma grunder som kommuninvånarna enligt lagen om hemkommun.

Paragrafen täcks även av det i Europeiska unionen antagna direktivet 2009/50/EG, dvs. direktivet om villkor för tredjelandsmedborgares inresa och vistelse för högkvalificerad anställning. Bestämmelsen har samma innehåll som 14 § i den nuvarande folkhälsolagen och 3 § 1 mom. i lagen om specialiserad sjukvård. Till sitt innehåll ändras inte de ändringar i folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård som gjordes i samband med genomförandet av nämnda direktiv i den här propositionen, och inga ändringar sker i dessa arbetstagares rättigheter.

**73 §. Registerföring av klient- och patientuppgifter.** I paragrafen föreskrivs om registerföringen av klient- och patienthandlingar som uppkommer i verksamheten av ett social- och hälsovårdsområde och ett område med basal social- och hälsovård. Enligt huvudregeln i 3 § 4 punkten i personuppgiftslagen (523/1999) är registeransvarig när det gäller klient- och patienthandlingar som uppkommer i verksamheten av ett social- och hälsovårdsområde och ett område med basal social- och hälsovård den ansvariga kommunen för ifrågavarande område. Detta innebär även att behandlingen av handlingar som till exempel upprättats i ett område med basal social- och hälsovård i ett social- och hälsovårdsområde förutsätter patientens särskilda samtycke också då det är frågan om service och händelser som ansluter sig till en och samma helhet. I praktiken försvåras detta ofta behandlingen av klienternas ärenden, vilket strider mot deras vilja och bästa intresse, eftersom det inte alltid är möjligt att be om deras samtycke just då information och handlingar behövs. Därför föreslås det att den ansvariga kommunen för social- och hälsovårdsområdet fastställs som registerförare även beträffande de klient- och patienthandlingar som har utarbetats inom området med

basal social- och hälsovård. Bestämmelsen gör det möjligt att behandla handlingar enligt klienternas och patienternas behov och bästa intresse.

För övrigt tillämpas på behandlingen av klient- och patienthandlingar det som förskrivs om dem i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000), lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992), lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården (159/2007 nedan klientuppgiftslagen), lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet (621/1999) och personuppgiftslagen (523/1999).

I paragrafens 2 mom. finns bestämmelser om användningen av social- och hälsovårdens riksomfattande informationssystemtjänster vid bildandet av klient- och patientregistret inom ett social- och hälsovårdsområde. Registret över patienthandlingar består av patienthandlingar i elektroniskt och pappersformat. Vid tidpunkten för bildandet av social- och hälsovårdsområden samt områden med basal social- och hälsovård finns största delen av den information som är av betydelse med tanke på vården i den riksomfattande arkiveringstjänsten enligt personuppgiftslagen. Klientuppgiftslagen gör det möjligt att lagra även gamla uppgifter som en del av den riksomfattande servicen. En ändring av registren i alla de patientsystem som finns i bruk kräver omfattande utvecklingsarbete och leder till märkbara utgifter. Därför föreslås det i paragrafen att dessa klient- och patientregister bildas med hjälp av den riksomfattande informationssystemtjänsten. Som ansvarig aktör för den riksomfattande arkiveringstjänsten ska Folkpensionsanstalten genomföra den nödvändiga funktionaliteten. Eftersom alla handlingar inte finns i elektroniskt format och, å andra sidan, eftersom den riksomfattande informationssystemservicen inom socialvården inte nödvändigtvis helt och hållet är i bruk då registren bildas, begränsas bestämmelsen att omfatta de uppgifter som lagras i riksomfattande informationssystemtjänster. Beträffande handlingar i pappersformat och andra handlingar som inte kan lagras elektroniskt kan registreraren komma överens med den aktör som produce-

rat informationen om arrangemangen i anknytning till förvaringen på det mest ändamålsenliga sättet.

**74 §. Upprätthållande av personalens yrkesskicklighet.** Paragrafen förpliktar de ansvariga kommunerna för social- och hälsovårdsområden samt områden med basal social- och hälsovård att ta hand om personalens fortbildning. Bestämmelsen förpliktar att se till att både social- och hälsovårdspersonalen i tillräcklig utsträckning deltar i fortbildning som utformas med beaktande av längden på grundutbildningen, hur krävande arbetet är och uppgifternas innehåll så att den upprätthåller och utvecklar de anställdas yrkesskicklighet och kunnande. Ifall de anställdas uppgifter och ansvarsområden ändras, ska man även ta hänsyn till detta då fortbildning arrangeras. Arbetsgivaren ansvarar för fortbildningens finansiering. När tjänster köps av en privat serviceproducent, har denna ansvaret för finansieringen av sin personals fortbildning.

Enligt bestämmelsen om bemyndigande, som igår i bestämmelsen, kan man genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet vid behov utfärda närmare bestämmelser om fortbildningens innehåll, kvalitet och mängd och om ordnandet, uppföljningen och utvärderingen av utbildningen.

Bestämmelser som delvis motsvarar den föreslagna paragrafen finns för närvarande i bland annat 4 och 5 § i hälso- och sjukvårdslagen, som gäller hälso- och sjukvårdens verksamhetsbetingelser och personal.

**75 §. Ändringssökande.** I paragrafen förskrivs om ändringssökande i beslut som fattats med stöd av bestämmelserna i lagen. I paragrafens 1 mom. föreskrivs om sökande av ändring i beslut som fattats av kommunala myndigheter. Ändringssökanden sker i enlighet med 11 kap. i kommunallagen. Enligt det kan den som är missnöjd med ett beslut av kommunala organ framställa ett rättelseyrkande. Ändring i beslut som fattats med anledning av rättelseyrkandet kan sökas hos förvaltningsdomstolen. Enligt paragrafens 2 mom. söks ändring i ett beslut som en statlig myndighet fattat genom besvär på det sätt som förskrivs i förvaltningsprocesslagen (586/1996). Bestämmelsen täcker därmed

såväl statsrådet som regionförvaltningsverket och Valvira. Ändring i ett beslut som fattats av statsrådet söks hos högsta förvaltningsdomstolen. Ändring i ett beslut av regionförvaltningsverket och Valvira söks hos förvaltningsdomstolen.

**76 §. Ikraftträdande.** Enligt propositionen bestäms om ikraftträdande av lagen särskilt genom lag.

## **1.2 Lag om införande av lagen om ordnandet av social- och hälsovården**

**1 §. Ikraftträdande.** I paragrafen föreskrivs om tidpunkten för ikraftträdandet av lagen om ordnandet av social- och hälsovården. Enligt förslaget träder lagen i kraft den 1 januari 1 2015. De social- och hälsovårdsområden, områden med basal social- och hälsovård samt specialupptagningsområden som avses i lagen ska dock inleda sin verksamhet den 1 januari 2017. Om de tidsfrister som iakttas vid bildandet av områdena föreskrivs i 4, 5 och 7 - 9 § nedan.

**2 §. Bildande av områden när lagen träder i kraft.** De social- och hälsovårdsområden, områden med basal social- och hälsovård samt specialupptagningsområden som avses i lagen om ordnandet av social- och hälsovården ska bildas och grundas efter att lagen har stadfästs så att de kan inleda sin verksamhet senast i början av 2017. Bestämmelserna om bildandet av områden första gången finns i 3 - 11 § i införandelagen.

**3 §. Bildande av social- och hälsovårdsområden.** I paragrafen föreskrivs om bildandet av ett social- och hälsovårdsområde. Bestämmelserna om de allmänna förutsättningarna för bildandet av områden finns i 8 § i lagen om ordnandet av social- och hälsovården. I denna bestämmelse i införandelagen definieras närmare de faktorer som ska tas i beaktande då områdena fastställs första gången.

Enligt paragrafens 1 mom. baserar sig ett social- och hälsovårdsområde på huvudorten i ett landskap. En förteckning över huvudorterna finns i 3 § i lagen om ordnandet av social- och hälsovården. På basis av bestämmelsen finns det enligt antalet landskap minst 18 social- och hälsovårdsområden. De kom-

muner som tillsammans med huvudorterna i landskapen hör till social- och hälsovårdsområden fastställs enligt 2-4 mom.

Enligt paragrafens 2 mom. kan ett social- och hälsovårdsområde även bildas av en kommun med minst cirka 50 000 invånare och de kommuner som hör till samma pendlingsregion. Bestämmelsen gör det även möjligt att bilda ett social- och hälsovårdsområde av enbart en kommun med minst cirka 50 000 invånare. Då lagen stiftas finns det två kommuner som motsvarar bestämmelsen, Kouvola och Salo. Därutöver har två kommuner i huvudstadsregionen, Esbo och Vanda, mer än 50 000 invånare. Om de områden som bildas i huvudstadsregionen föreskrivs dock separat nedan i 5 §.

I paragrafens 3 mom. fastställs grunderna till det hur social- och hälsovårdsområdet för andra kommuner än sådana som avses ovan fastställs. Utgångspunkten är att de kommuner som hör till pendlingsregionen för social- och hälsovårdsområdets centralkommun eller bildar en region med enhetlig samhällsstruktur med den hör till det område som bildas på basis av centralkommunen. Enligt bestämmelsen fastställs pendlingsregionen omkring Tammerfors, Åbo, Uleåborg, Lahtis, Jyväskylä eller Kuopio på annat sätt än på andra ställen i landet. Pendlingsregionen för nämnda städer bildas av kommuner där minst 35 procent av invånarna arbetar i centralkommunen. En kommun inom andra pendlingsområden där minst 25 procent av befolkningen arbetar inom centralkommunens pendlingsområde ska höra till samma social- och hälsovårdsområde som pendlingsområdets centralkommun.

Därutöver ska kommuner som bildar en region med enhetlig samhällsstruktur med social- och hälsovårdsområdets centralkommun höra till samma social och hälsovårdsområde. Kommunerna bildar en region med enhetlig samhällsstruktur om en enhetlig central tätort i en kommun eller i en angränsande kommun sträcker sig över kommungränsen eller en närliggande tätort som ansluter sig till den centrala tätorten sträcker sig över kommungränsen, eller om tillväxttrycket på den centrala tätorten i en annan kommun i betydande

utsträckning berör en närliggande tätort inom kommunens område.

Om kommunen inte hör till samma pendlingsområde med landskapets centralort eller en kommun som avses i 2 mom. 1 punkten eller bildar en enhetlig samhällsstruktur med den, ska den höra till det social- och hälsovårdsområde som är det mest ändamålsenliga med tanke på tillhandahållandet av social- och hälsovårdstjänster för kommuninvånarna. Då ändamålsenligheten bedöms, ska man bland annat ta i beaktande trafikförbindelserna, naturliga riktningar för skötseln av ärenden samt i en valsituation även den servicestruktur och de resurser som de alternativa social- och hälsovårdsområdena har till sitt förfogande.

I paragrafens 5 mom. konstateras att en kommun som avses i 2 mom. ovan har dock rätt att bilda ett social- och hälsovårdsområde endast om den har tillräcklig bärkraft för tillhandahållande av social- och hälsovårdstjänster. Vid bedömning av bärkraften ska man bland annat ta hänsyn till ekonomins hållbarhet och stabilitet, det tillräckliga kunskapsnivået av kommunens personal, tillräckligheten av och tillgången till yrkesskickliga personer inom social- och hälsovården, den infrastruktur som behövs för att genomföra tjänsterna samt regional integritet. Man kan inte fastställa några entydiga numeriska värden för dessa faktorer utan bärkraften måste bedömas som helhet. Bildandet av ett social- och hälsovårdsområde begränsas även av det faktum att det bara kan finnas ett social- och hälsovårdsområde inom en pendlingsregion.

För att någon annan än ett landskaps centralort ska kunna bilda ett social- och hälsovårdsområde ska den på basis av 5 mom. senast X.X.2014 meddela statsrådet om den önskar bilda ett social- och hälsovårdsområde.

**4 §. Bildande av områden med basal social- och hälsovård.** I paragrafen föreskrivs om bildandet av ett område med basal social- och hälsovård då lagen träder i kraft. Enligt dess 1 mom. kan en kommun höra till ett område med basal social- och hälsovård på de grunder som anges i paragrafen.

I paragrafens 2 mom. finns den grundläggande bestämmelsen om bildandet av ett

område med basal social- och hälsovård. Enligt bestämmelsen kan en kommun bilda ett område med basal social- och hälsovård, om dess invånarantal är minst cirka 20 000 och om den inte tillsammans med landskapets huvudort eller centralkommunen för ett annat social- och hälsovårdsområde hör till en region med enhetlig samhällsstruktur eller en enhetlig pendlingsregion enligt 4 d § i kommunstrukturlagen. Med en region med enhetlig samhällsstruktur enligt 4 d § i kommunstrukturlagen avses en situation där en enhetlig central tätort i kommunen sträcker sig över kommungränsen eller en närliggande tätort som ansluter sig till den centrala tätorten sträcker sig över kommungränsen eller där tillväxttrycket på den centrala tätorten i en annan kommun i betydande utsträckning berör en närliggande tätort inom kommunens område. Med en pendlingsregion avses på motsvarande sätt en situation där minst 25 procent av kommunens arbetande befolkning har sin arbetsplats inom regionens centralkommun. Regionerna för Tammerfors, Åbo, Uleåborg, Lahtis, Jyväskylä och Kuopio utgör ett undantag från detta i och med att kriteriet för arbetsplats inom regionen uppfylls om den ovannämnda andelen är minst 35 procent av kommunens arbetande befolkning.

I paragrafens 2 mom. 3 punkten förutsätts dessutom att kommunen inte är den ansvariga kommunen inom ett social- och hälsovårdsområde eller den största kommunen i en samkommun inom social- och hälsovårdsområdet. Med denna begränsning vill man undvika den teoretisk möjlighet att den ansvariga kommunen eller den största kommunen inom området utesluter tjänsterna på basal nivå för sina egna invånare från ett social- och hälsovårdsområdes integrerade servicehelhet.

Enligt paragrafens 3 mom. är en kommun som bildar ett område med basal social- och hälsovård skyldig att fungera som den ansvariga kommunen för området med basal sjuk- och hälsovård för kommuner med mindre än 20 000 invånare som ingår i dess pendlingsregion eller annan funktionell helhet. Genomförandet av ansvarigheten förutsätter dessutom att statsrådet fattar ett beslut om tillhörandet av andra kommuner till ett områ-

de med basal social- och hälsovård som bildas på det här sättet. Då områden med basal social- och hälsovård bildas, hörs kommunerna om bildandet av områden. Om en kommun med mindre än 20 000 invånare meddelar att den inte vill höra till området med basal social- och hälsovård, är huvudregeln den att kommunen inte är skyldig att tillhöra området med basal social- och hälsovård. I detta fall får kommunen och dess invånare alla tjänster inom socialvården och sjuk- och hälsovården så att de är ordnade av den ansvariga kommunen för ett social- och hälsovårdsområde.

Statsrådet kan dock ålägga kommunen att höra till ett område med basal social- och hälsovård om det finns särskilda skäl för det med tanke på ändamålsenligt ordnande av social- och hälsovården. När man bedömer särskilda skäl ska man ta i beaktande både omständigheterna i den kommun med mer än 20 000 invånare som bildar området med basala social- och hälsovård samt andra kommuner och invånarnas behov.

I paragrafens 4 mom. finns en undantagsbestämmelse gällande kommuner med mer än 20 000 invånare som ligger i vissa stora kommuners omedelbara omgivning. Enligt den kan en kommun som avses i 4 d § i kommunstrukturlagen ha rätt att själv ansvara för ordnandet av service på basal nivå för sina invånare, även om detta enligt huvudregeln i 2 mom. inte är möjligt. Undantagsbestämmelsen kan tillämpas bara om antalet invånare i kommunen den 31 december 2013 överstiger 20 000, om det enligt en kommunindelningsutredning som avses i 15 § i kommunstrukturlagen i utredningsområdet även framöver finns minst två kommuner med mer än 20 000 invånare och om den kommun som bildar området med basal social- och hälsovård avtalar med den ansvariga kommunen eller samkommunen för social- och hälsovårdsområdet om de administrativa förfaranden med vilka kommuninvånarna i den kommun som ordnar tjänsterna på basal nivå tillförsäkras horisontell och vertikal integration av tjänster.

Enligt paragrafens 5 mom. ska statsrådet, då det bestämmer om social- och hälsovårdsområdena, konstatera att förutsättningarna

enligt 4 mom. föreligger för att en kommun med mer än 20 000 invånare som avses i momentet kan beviljas rätten att fungera som ett område med basal social- och hälsovård. Till ett sådant område med basal social- och hälsovård som avses här kan inte höra andra kommuner än den kommun med mer än 20 000 invånare som bildar området.

**5 §. Nylands social- och hälsovårdsområde.** Enligt paragrafen ska de kommuner som hör till landskapet Nyland bilda Nylands social- och hälsovårdsområde. Till landskapet Nyland hör 26 kommuner, av vilka 24 hör till det nuvarande Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt. En kommun som hör till landskapet Nyland kan föreslå för statsrådet att den vill höra till något annat social- och hälsovårdsområde än Nylands social- och hälsovårdsområde. Av kommunerna i landskapet Nyland hör Mörskom och Pukkila för närvarande till Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri.

Det är meningen att Nylands social- och hälsovårdsområde är en samkommun som ansvarar för alla social- och hälsovårdstjänster inom området. På administrationen av samkommunen för Nylands social- och hälsovårdsområde tillämpas de allmänna bestämmelserna om samkommuner.

Inom Nylands social- och hälsovårdsområde kan bildas högst sex områden med basal social- och hälsovård, i vilka de ansvariga kommunerna kunde vara Helsingfors, Esbo, Vanda, Hyvinge, Lojo och Borgå. Av dessa hör Helsingfors, Esbo, Vanda och Hyvinge till metropolområdet. Stadsområdena kring Lojo och Borgå i landskapet Nyland utanför metropolområdet bildar särskilda områden bland annat på grund av pendlingskriteriet på 20 procent och de språkliga förhållandena. I varje stad som fungerar som ansvariga kommuner finns en sjukhusenhet av nuvarande Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt. Arbetsfördelningen inom enheterna har konstaterats fungera väl. Därför kan inget område med basal social- och hälsovård beviljas det i 11 § 4 mom. i lagen om ordnandet av social- och hälsovården och i 13 § i denna lag avsedda tillståndet av social- och hälsovårdsministeriet att tillhandahålla tjänster inom den specialiserade sjukvården utan

samkommunen för Nylands social- och hälsovårdsområde bestämmer själv om arbetsfördelningen mellan de sjukhus som finns inom dess område. Samtidigt har samkommunen i fortsättningen ansvaret att ordna specialomsorger om utvecklingsstörda och krävande tjänster inom socialvården.

Syftet med de särskilda bestämmelserna om Nylands social- och hälsovårdsområde är den omfattande integreringen av tjänsterna, vilket bidrar till att förebygga segregation och allt större skillnader mellan kommunerna. Med anledning av metropolområdets återverkningar måste det finnas minst cirka 50 000 invånare i Hyvinge, Lojo och Borgå område med basal social- och hälsovård.

Samkommunen för Nylands social- och hälsovårdsområde och ansvarskommunerna för områden med basal social- och hälsovård som avses i 2 mom. ska utarbeta ett avtal om samarbetet mellan områdena och om arbetsfördelningen vid produktionen av specialiserad sjukvård, specialomsorger om utvecklingsstörda och krävande tjänster inom socialvården samt om trygghet och utvecklande av tjänsterna för den svenskspråkiga befolkningen.

Enligt huvudregeln i 15 § i lagen om införande av lagen om ordnandet av social- och hälsovården ansvarar samkommunen för ägandet och administrationen av samkommunens fastigheter, byggnader, anordningar, maskiner och inventarier. Nylands social- och hälsovårdsområde ska ansvara för ägandet och administrationen av de fastigheter, byggnader, anordningar, maskiner och inventarier som Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt för närvarande äger. Enligt införandelagen kvarstår de lokaler samt annan egendom i anslutning till social- och hälsovården som är i kommunernas ägo i deras ägo, om man inte avtalar om något annat.

Specialbestämmelserna gällande landskapet Nyland leder till starkare och mer omfattande gemensam investerings-, arbetskrafts- och arbetsfördelningspolicy än den som möjliggörs av specialupptagningsområdets genomförandeavtal, som avses i lagen om ordnandet av social- och hälsovården. Specialupptagningsområdet ska framför allt ha i uppgift att ta hand om säkerställandet av

tjänsterna inom de social- och hälsovårdsområden som förblir utanför Nylands social- och hälsovårdsområde.

**6 §. Specialupptagningsområden.** Enligt paragrafen ska minst tre social- och hälsovårdsområden och de kommuner som hör till dem hör till ett specialupptagningsområde då dessa områden bildas. Inom ett av dessa social- och hälsovårdsområden ska finnas ett universitetssjukhus. Dessutom förutsätts det att ett specialupptagningsområde bildar en geografiskt och funktionsmässigt motiverad helhet. När man bedömer en funktionsmässigt motiverad helhet, ska man framför allt ta hänsyn till specialupptagningsområdets uppgifter, om vilka det förskrivs i 16 § i lagen om ordnandet av social- och hälsovården, specialupptagningsområdenas beslutanderätt som är bindande för social- och hälsovårdsområdena och områdena med basal social- och hälsovård enligt 39 § samt den regionala utvecklingsverksamheten enligt 46 §.

**7 §. Beslut om områden.** Enligt den föreslagna paragrafens 1 mom. beslutar statsrådet om social- och hälsovårdsområdena och om områdena med basal social- och hälsovård samt om de kommuner som hör till dem och om områdenas ansvariga kommuner. Om de kommuner som hör till ett social- och hälsovårdsområde har beslutat att en samkommun ska ansvara för ordnandet av social- och hälsovården, ska statsrådet innan det fattar sitt beslut utreda om förutsättningarna för grundandet av en samkommun enligt 19 § i lagen om ordnandet av social- och hälsovården uppfylls. Då beslut om områdena fattas, fastställs den ansvariga kommunen enligt 17 § 2 mom. i lagen om ordnandet av social- och hälsovården. Statsrådet beslutar även om specialupptagningsområdena och om de social- och hälsovårdsområden som hör till dem. Innan beslut om områdena fattas ska kommunerna höras.

Statsrådet får, när det fattar beslut om områden, avvika från kraven på befolkningsunderlag i 3 och 4 § om det finns särskilda skäl för detta, såsom trygghet av kommuninvånarnas språkliga rättigheter. Detta gör det möjligt att bilda ett område med ett befolkningsunderlag som är något mindre än det som föreskrivs och även det att ett större

befolkningsunderlag förutsätts av området. Om statsrådet överväger bildandet av ett område med ett mindre befolkningsunderlag än det som föreskrivs, ska man i detta fall ta hänsyn till regionens bärkraft och dess övriga förutsättningar att ta hand om de uppgifter som täcks av dess ansvar för ordnandet av social- och hälsovårdstjänster.

För att man ska kunna bilda områdena i god tid innan deras verksamhet inleds ska kommunerna senast den 31 oktober 2014 meddela statsrådet sina förslag till de områden som ska bildas. Detta gör det möjligt för statsrådet att besluta om områdena och om de kommuner som hör till dem senast i början av 2015. Då har man knappt 2 år på sig för de förberedelser som införandet av områdenas verksamhet förutsätter.

**8 §. Samarbetsavtal.** I paragrafen föreskrivs om utarbetandet av samarbetsavtalet gällande den social- och hälsovårdsverksamhet som ordnas inom den ansvariga kommunen för ett social- och hälsovårdsområde och ett område med basal social- och hälsovård. I avtalet fastställs de viktigaste grunderna för verksamheten inom området såsom anordnandet av beslutsfattandet. Bestämmelserna om samarbetsavtalet finns i 21 § i lagen om ordnandet av social- och hälsovården.

Enligt paragrafens 1 mom. fattas beslut om samarbetsavtalet vid representantmöten för de kommuner som hör till området i fråga. Varje kommun har vid representantmötet det antal representanter som kommunen fastställt, dock minst en representant. Röstetalet för en kommuns representanter vid representantmötet bestäms i enlighet med förslaget enligt kommunens invånarantal vid utgången av föregående år så att kommunens representanter har sammanlagt en röst för varje påbörjat antal av 1 000 invånare. Röstetalet för kommunens representanter fördelas jämnt mellan de representanter som är närvarande.

Enligt paragrafens 2 mom. är ett representantmöte beslutfört när minst två tredjedelar av områdets kommuner är företrädde vid mötet och deras invånarantal är minst hälften av det sammanlagda invånarantalet i samtliga kommuner som hör till området.

Enligt paragrafens 3 mom. meddelar representantmötet behövliga föreskrifter om be-

redningen och verkställigheten av beslut som gäller samarbetsavtalet och övriga ärenden samt beslutar om betalning av gemensamma kostnader. På förfarandet vid representantmötet och på sökande av ändring i beslut som fattats vid representantmötet tillämpas i övrigt i tillämpliga delar bestämmelserna om fullmäktige i 7 och 11 kap. i kommunallagen.

Enligt paragrafens 4 mom. sammankallas representantmötet första gången av den ansvariga kommunen för området i fråga. En person som har utsetts av den ansvariga kommunen leder mötet till dess att en ordförande och vice ordförande har valts för representantmötet.

I paragrafens 5 mom. finns bestämmelser om sammankallandet av kommunernas representantmöte. På basis av bestämmelsen ska mötet sammankallas så att det sammanträder första gången senast i xxxx 2015. Ett representantmöte som gäller bildandet av ett område med basal social- och hälsovård ska dock sammankallas så att det sammanträder första gången senast i xxxx 2015.

Dessutom konstateras det i bestämmelsen att beslut om godkännande av samarbetsavtal för områdena ska fattas senast före utgången av oktober 2015.

**9 §. Samkommun inom ett social- och hälsovårdsområde.** I paragrafen finns bestämmelser om bildandet av en samkommun inom ett social- och hälsovårdsområde. Med stöd av 19 § i lagen om ordnandet av social- och hälsovården kan kommunerna inom området besluta att en samkommun ska ansvara för ordnandet av social- och hälsovården i området, om invånarantalet i centralkommunen i området är mindre än hälften av det sammanlagda invånarantalet i hela området och om centralkommunens bärkraft inte är tillräcklig för att den ska kunna fungera som ansvarig kommun.

Om kommuner avtalar om att en samkommun ska ansvara för social- och hälsovårdsområdets verksamhet, bildas samkommunen vid representantmötet för kommunerna i området. Enligt bestämmelsen sammankallas representantmötet av den största kommunen i området. Representantmötet beslutar om godkännande av ett grundavtal för samkommunen. I övrigt tillämpas på representantmö-

tet vad som föreskrivs i 8 § om bildande av social- och hälsovårdsområden. Dessutom ska man vid bildandet av en samkommun ta hänsyn till bestämmelserna i kommunallagen om grundavtal för samkommuner.

**10 §.** *Specialupptagningsområdets samkommunsstämman.* Enligt paragrafens 1 mom. ska ett specialupptagningsområdes samkommunstämma sammankallas första gången av representanten för specialupptagningsområdets till invånarantalet största social- och hälsovårdsområde, som utses av social- och hälsovårdsområdet i fråga. Representanten leder stämman till dess att en ordförande har valts för samkommunstämman.

Enligt 8 § i denna lag ska kommuner avtala om samarbetsavtalen för områden med basal social- och hälsovård samt social- och hälsovårdsområden senast i xxxx 2015. Först därefter kan man komma överens om frågor i anknytning till bildandet av specialupptagningsområden. Enligt det föreslagna 2 mom. ska samkommunstämman sammankallas i början av 2016. Samkommunstämman ska sammanträda första gången senast i xxxx 2016. Beslut om godkännandet av specialupptagningsområdets grundavtal ska fattas senast xxxx och om godkännande av genomförandeavtalet senast xxxx.

**11 §.** *Statsrådets behörighet att besluta om samarbetsavtal för ett social- och hälsovårdsområde och ett område med basal social- och hälsovård.* I paragrafen finns bestämmelser om statsrådets behörighet vid bildandet av social- och hälsovårdsområden och områden med basal social- och hälsovård. I paragrafen föreskrivs att om det inte har beslutats om ett samarbetsavtal för området senast vid den tidpunkt som avses 8 § 6 mom., beslutar statsrådet om samarbetsavtalets innehåll efter att ha hört kommunerna i området i fråga.

Enligt 2 mom. är ett samarbetsavtal som statsrådet fastställt i kraft till dess att social- och hälsovårdsområden avtalar något annat.

**12 §.** *Statsrådets behörighet att besluta om grundavtal för ett specialupptagningsområde.* I paragrafen föreskrivs om statsrådets behörighet vid bildandet av specialupptagningsområden. I paragrafen föreskrivs att om beslut inte har fattats om grundavtal för ett

specialupptagningsområde senast vid den tidpunkt som föreskrivs i 10 §, beslutar statsrådet om grundavtalets innehåll efter att ha hört kommunerna i området i fråga.

Enligt 2 mom. är ett grundavtal som fastställts av statsrådet i kraft till dess att kommunerna avtalar något annat.

**13 §.** *Rätt för ett område med basal social- och hälsovård att tillhandahålla tjänster inom den specialiserade sjukvården.* För att ett område med basal social- och hälsovård kan ha ansvar för ordnandet av den specialiserade sjukvården, förutsätts det dessutom att området får av social- och hälsovårdsministeriet tillstånd för verksamheten. Tillståndet kan beviljas på ansökan. Då ansökan behandlas, ska ministeriet höra specialupptagningsområdet. I ministeriets tillstånd ska fastställas de medicinska specialområden för vars ordnande ett område med basal social- och hälsovård kan ansvara. Dessutom ska tillståndet fastställa verksamhetens maximala omfattning. Ett område med basal social- och hälsovård har därmed inte rätt att ordna tjänster inom den specialiserade sjukvården på ett mer omfattande sätt än vad som konstateras i tillståndet. Andra tjänster inom den specialiserade sjukvården än dem som nämns i tillståndet ordnas av social- och hälsovårdsområdet. Ministeriets tillstånd kan även innehålla andra villkor för verksamheten.

Närmare bestämmelser om den personal, de lokaler och den utrustning som utgör förutsättningen för ordnandet av den specialiserade sjukvården samt om medicinska områden kan vid behov ges genom statsrådets förordning. Dessutom kan förordningen innehålla bestämmelser om ansökandet av tillståndet. På basis av detta kan man till exempel fastställa de utredningar som ett område med basal social- och hälsovård ska bifoga till ansökan.

Avsikten med tillståndet är att tillförsäkra att området med tanke på kvalitet och patientsäkerhet har tillräcklig förmåga och tillräckligt kunnande att ordna tjänsterna och att det inte uppstår överflödiga kapacitet och onödiga konkurrens inom specialupptagningsområdet. När tillståndet beviljas är det ändamålsenligt att begära ett utlåtande av specialupptagningsområdet om den ansökan som



lämnats in av ett område med basal social- och hälsovård. Enligt lagförslaget är det specialupptagningsområdets uppgift att följa upp och styra ordnandet av social- och hälsovårdstjänster inom sitt område, vilket innebär att det har en bra helhetsuppfattning om situationen i området.

**14 §. Personalens ställning.** I paragrafen föreskrivs om ställningen för de personer som är anställda inom social- och hälsovården hos kommunerna och samkommunerna vid verkställandet av reformen.

Enligt paragrafens 1 mom. övergår de personer som är anställda hos kommunerna och samkommunerna i uppgifter inom social- och hälsovården eller förvaltningen till anställning hos den ansvariga kommunen för social- och hälsovårdsområdet som ska bildas. Om kommunerna grundar ett område med basal social- och hälsovård, övergår den personal som tar hand om tjänsterna på basal nivå till anställning hos den ansvariga kommunen för området med basal social- och hälsovård. Överföringen av ansvaret för ordnandet till den ansvariga kommunen eller samkommunen betraktas som överlåtelse av rörelse om den leder till att personal byter arbetsgivare.

Enligt paragrafens 2 mom. genomförs arrangemangen som gäller bildande av områden med basal social- och hälsovård och social- och hälsovårdsområden enligt lagen om ordnandet av social- och hälsovården och denna lag i samarbete med representanter för kommunernas anställda på det sätt som föreskrivs i lagen om samarbete mellan kommunala arbetsgivare och arbetstagare (449/2007).

I paragrafen ingår ingen bestämmelse om personalens uppsägningsskydd som motsvarar 29 § i kommunstrukturlagen.

**15 §. Reglering av egendomsförhållanden.** I paragrafen föreskrivs om arrangemangen gällande den egendom som används i kommunerna och samkommunerna inom social- och hälsovårdsverksamheten när reformen genomförs. Enligt paragrafens 1 mom. är utgångspunkten den att kommunerna avtalar om arrangemangen gällande egendomen. Om kommunerna inte avtalar om arrangemangen gällande egendomen, finns bestämmelserna om ärendet i paragrafen.

I grundavtalen för samkommuner inom social- och hälsovården ska det enligt kommunallagen finnas bestämmelser om hur egendomen och ansvaret arrangeras då samkommunen upplöses. Eftersom bland annat sjukvårdsdistrikten i många fall äger omfattande egendom om vars fördelning mellan kommunerna eller avtal om vilken det kan vara mycket svårt att åstadkomma, föreslås det i lagen att samkommunerna tills vidare kan förvalta sin nuvarande egendom. Därmed kan en samkommun till exempel hyra ut fastigheterna och den övriga egendomen till det social- och hälsovårdsområde eller område med basal social- och hälsovård som har ansvaret för ordnandet av social- och hälsovården.

I paragrafens 2 mom. föreskrivs att medlemskommunerna i samkommunen är skyldiga att ändra samkommunens grundavtal så att samkommunens uppgifter från ingången av 2017 begränsas till ägandet, administrationen och uthyrningen av samkommunens fastigheter och byggnader samt de anordningar, maskiner och inventarier som hör till dem till social- och hälsovårdsområdena och områden med basal social- och hälsovård. Dessutom kan man det i grundavtalet avtala om att egendomen används även på andra sätt. I ändringen förändras inte samkommunernas andel av egendom, tillgångar och ansvar, om kommunerna inte avtalar om något annat i det reviderade grundavtalet.

Med stöd av paragrafens 3 mom. kvarstår den egendom i anslutning till social- och hälsovården som är i kommunernas ägo i deras ägo om kommunerna inte avtalar om något annat när områden bildas. Kommuner kan hyra ut sin egendom till den ansvariga kommunen eller samkommunen som har ansvaret för ordnandet av social- och hälsovården.

I paragrafens 4 mom. konstateras att om skattepåföljderna i samband med regleringen av egendomsförhållanden föreskrivs i lagen om överlåtelseskatt (931/1996) och i mervärdesskattelagen (1501/1993).

**16 §. Överföring av förpliktelser.** I paragrafen finns bestämmelser om övergången av förpliktelser och ansvar i anslutning till ordnandet social- och hälsovården från de kommuner och samkommuner som för närvaran-

de är ansvariga för ordnandet av social- och hälsovården till den ansvariga kommunen eller samkommunen för ett social- och hälsovårdsområde eller för ett område med basal social- och hälsovård. Med stöd av paragrafens 1 mom. övergår förpliktelser som ansluter sig till tiden före ikraftträdandet av lagen till den ansvariga kommunen eller den samkommun till vilken även ansvaret för ordnandet av social- och hälsovården övergår.

Det är meningen att lagen om ordnandet av social- och hälsovården ska stadfästas som-maren 2014 och att den träder i kraft vid ingången av 2015 och att de nya områdena ska inleda sin verksamhet senast i början av 2017. För att de kommuner och samkommuner som nu har ansvaret för ordnandet av social- och hälsovården inte under mellantiden ska ingå avtal som inte är nödvändiga för de områden som bildas, föreslås det i paragrafen i fråga ytterligare att den som ingått avtal mellan tiden för lagens stadfästande och inledandet av verksamheten inom områdena (början av 2017) svarar för avtalsförpliktelser. Den kommun eller samkommun som får ansvaret för ordnandet av social- och hälsovården och kontrahenten kan dock avtala om att även de skyldigheter som baserar sig på avtal som ingåtts under denna mellanperiod övergår till den ansvariga kommunen eller samkommunen för det område som inleder sin verksamhet.

Ansvaret för ordnandet av social- och hälsovården kan även övergå till två separata områden, till exempel delvis till den ansvariga kommunen för social- och hälsovårdsområdet och delvis till området med basal social- och hälsovård. I dylika situationer ska man även reda ut hur ansvaret delas. På basis av paragrafens 2 mom. fastställs delandet av ansvaret enligt principerna och bestämmelserna i 8 kap. i kommunstrukturlagen. Utgångspunkten är att man avtalar om delandet

av ansvaret, men om inget avtal kan åstadkommas, ska ärendet avgöras vid medlingsförfarande enligt 38 § i kommunstrukturlagen.

**17 §. Ändringssökande.** I paragrafen föreskrivs om sökande av ändring i beslut som baserar sig på bestämmelserna i lagen. I paragrafens 1 mom. finns bestämmelser om sökande av ändring i beslut som fattats av kommunala myndigheter. Sökande av ändring fastställs enligt 11 kap. i kommunallagen. Enligt det kan den som är missnöjd med ett beslut av ett kommunalt organ framställa ett rättelseyrkande. Ändring i ett beslut som har givits med anledning av rättesleyrkandet kan sökas hos förvaltningsdomstolen. Enligt paragrafens 2 mom. får ändring i beslut av statliga myndigheter sökas genom besvär på det sätt som föreskrivs i förvaltningsprocesslagen. Därmed gäller bestämmelsen såväl statsrådet som social- och hälsovårdsministeriet då de fattar beslut med stöd av denna lag. Ändring i ett beslut av statsrådet söks hos högsta förvaltningsdomstolen. Ändring i beslut som fattats av regionförvaltningsverket och Valvira söks hos förvaltningsdomstolen.

**18 §. Ikraftträdande.** I paragrafen föreskrivs om ikraftträdandet av lagen. Lagen avses träda i kraft den 1 januari 2015.

## **2 Närmare bestämmelser**

## **3 Ikraftträdande**

## **4 Förhållande till grundlagen och behandlingsordning**

(Kompletteras senare.)

## 1.

**Lag****om ordnandet av social- och hälsovården**

I enlighet med riksdagens beslut föreskrivs:

## 1 kap.

**Allmänna bestämmelser**

## 1 §

*Lagens syfte*

Syftet med denna lag är att

- 1) främja och upprätthålla befolkningens hälsa och välfärd,
- 2) främja kvaliteten på social- och hälsovården,
- 3) säkerställa klienternas och patienternas rätt till en god social- och hälsovård,
- 4) skapa förutsättningar för tillräcklig tillgång till social- och hälsovårdstjänster på lika villkor i hela landet,
- 5) säkerställa social- och hälsovård som har en fungerande och enhetlig samt ändamålsenlig och kostnadseffektiv servicestruktur, samt
- 6) främja en funktionell och strukturell integration av socialvården och hälso- och sjukvården samt stärka basservicen inom social- och hälsovården på det regionala och nationella planet.

## 2 §

*Tillämpningsområde*

Denna lag tillämpas på ordnandet och finansieringen av den kommunala social- och

hälsovården liksom även på utvecklandet och styrningen av samt tillsynen över den.

På ordnandet och förvaltningen av hälso- skyddsuppgifter som gäller individer och livsmiljö tillämpas lagen om samarbetsområden för miljö- och hälsoskyddet (410/2009) i stället för denna lag.

Bestämmelserna om utbildningsersättning i 53 och 58 § i denna lag tillämpas också på utbildning i landskapet Åland.

## 3 §

*Definitioner*

I denna lag avses med

- 1) social- och hälsovårdsområde område som består av en eller flera kommuner och inom vilket social- och hälsovård ordnas,
- 2) område med basal social- och hälsovård område som består av en eller flera kommuner och inom vilket basala social- och hälsovårdstjänster tillhandahålls,
- 3) specialupptagningsområde område som består av social- och hälsovårdsområden och som inom sitt område ska planera, styra och samordna social- och hälsovårdsverksamheten,
- 4) ansvarig kommun kommun som svarar för att ordna social- och hälsovård och tjänster som ingår i den för ett social- och hälsovårdsområde eller område med basal social- och hälsovård, samt
- 5) huvudort i landskapet Helsingfors, Tammerfors, Uleåborg, Åbo, Jyväskylä, Ku-

opio, Lahtis, Björneborg, Joensuu, Villmanstrand, Tavastehus, Vasa, Rovaniemi, Seinäjoki, Kotka, S:t Michel, Karleby eller Kajana.

Bestämmelserna i denna lag om ansvarig kommun för ett social- och hälsovårdsområde gäller också samkommuner som svarar för tillhandahållandet av tjänster inom ett social- och hälsovårdsområde, om inte något annat föreskrivs i lag.

#### 4 §

##### *Resurser för social- och hälsovård*

Social- och hälsovårdsområdena och områdena med basal social- och hälsovård ska ha tillräckliga resurser att främja hälsa och välfärd och att utföra lagstadgade uppgifter och tjänster inom social- och hälsovården.

#### 5 §

##### *Tillgången till tjänster och tjänsternas tillgänglighet*

Social- och hälsovårdstjänster ska tillhandahållas på lika villkor och vid utförandet av dem ska tillgängligheten främjas. Tjänsterna ska till innehåll och kvalitet uppfylla de krav som social- och hälsovårdslagstiftningen samt behoven hos kommuninvånarna inom ett social- och hälsovårdsområde eller område med basal social- och hälsovård ställer. Tjänsterna ska i den mån det är möjligt utföras nära invånarna. Tjänsterna kan dock koncentreras, om detta krävs för att tillgången till och kvaliteten på tjänsterna ska kunna tryggas eller för att tjänsterna ska kunna utföras på ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt sätt.

Andra än kommuninvånare som avses i 1 mom. har rätt att få social- och hälsovårdstjänster enligt det som föreskrivs om detta någon annanstans.

#### 6 §

##### *Språk som tjänster ska tillhandahållas på*

Social- och hälsovårdstjänster ska tillhandahållas på finska och svenska, om ett social-

och hälsovårdsområde eller område med basal social- och hälsovård omfattar en eller flera tvåspråkiga kommuner eller både finsk- och svenskspråkiga kommuner. Tjänsterna ska tillhandahållas så att klienterna och patienterna blir betjänade på det språk de väljer, antingen finska eller svenska. Bestämmelser om rätten att använda, bli hörd och få expeditioner på finska eller svenska samt om rätten till tolkning vid användningen av dessa språk hos myndigheterna finns i 10, 18 och 20 § i språklagen (423/2003). Bestämmelser om rätten att använda samiska finns i samiska språklagen (1086/2003).

När tjänster tillhandahålls ska man dessutom se till att nordiska medborgare vid behov har möjlighet att använda sitt eget språk, dvs. finska, danska, isländska, norska eller svenska, när de anlitar tjänster som avses i 1 mom. Man ska då i den mån det är möjligt se till att nordiska medborgare får behövlig tolk- och översättningshjälp.

Bestämmelser om skyldigheten för Folkpensionsanstalten att ordna tolkningstjänst för hörselskadade, synhörselskadade och talskadade finns i lagen om tolkningstjänst för handikappade personer (133/2010).

## 2 kap.

### **Ordnandet av social- och hälsovården**

#### 7 §

##### *Social- och hälsovårdsområden och områden med basal social- och hälsovård*

För ordnandet av social- och hälsovården finns det social- och hälsovårdsområden. Varje kommun ska höra till ett social- och hälsovårdsområde. Inom social- och hälsovårdsområdet svarar den ansvariga kommunen eller samkommunen för tillhandahållandet av tjänsterna i enlighet med 17 och 19 §.

Vid sidan av ett social- och hälsovårdsområde kan en kommun dessutom höra till ett område med basal social- och hälsovård på de grunder som anges i 8 §. Bestämmelser

om de tjänster som ska tillhandahållas inom områden med basal social- och hälsovård finns i 11 §. Inom ett område med basal social- och hälsovård svarar områdets ansvariga kommun för tillhandahållandet av tjänsterna.

## 8 §

### *Allmänna förutsättningar för bildandet av social- och hälsovårdsområden och områden med basal social- och hälsovård*

Social- och hälsovårdsområdena och områdena med basal social- och hälsovård ska utgöra regionalt enhetliga och funktionellt sett ändamålsenliga helheter. Områdena ska ha ekonomiska och på personella resurser grundade förutsättningar att svara för ordnandet av social- och hälsovården.

Ett social- och hälsovårdsområde ska bildas av huvudorten i landskapet eller av en kommun med minst 50 000 invånare. Dessutom ska området omfatta övriga kommuner som hör till dessa kommuners pendlingsregion, till ett område som är enhetligt till sin samhällsstruktur eller till samma funktionella helhet.

Ett område med basal social- och hälsovård ska bildas av en kommun med minst 20 000 invånare. Dessutom kan ett område med basal social- och hälsovård omfatta andra kommuner som hör till samma pendlingsregion, till ett område som är enhetligt till sin samhällsstruktur eller till samma funktionella helhet.

Inom samma pendlingsregion kan det bara finnas ett enda social- och hälsovårdsområde. Om en kommun inte hör till pendlingsregionen för, till ett område som till sin samhällsstruktur är enhetligt med eller till samma funktionella helhet som den ansvariga kommunen för ett social- och hälsovårdsområde eller område med basal social- och hälsovård, ska den höra till det område som är mest ändamålsenligt med tanke på tillhandahållandet av kommunens social- och hälsovårdstjänster.

När det gäller kommunerna i landskapet Nyland kan social- och hälsovårdsområdena bildas på ett sätt som avviker från 2 och 4 mom.

Vid bildandet av de områden som avses i 1–3 mom. ska målet vara områden där den finskspråkiga och den svenskspråkiga befolkningens rätt att erhålla tjänster på det egna språket kan tillgodoses enligt lika grunder.

Efter att ha hört kommunerna beslutar statsrådet om social- och hälsovårdsområdena och områdena med basal social- och hälsovård samt om de kommuner som ska höra till dem.

## 9 §

### *Att främja hälsa och välfärd i kommunerna*

En kommun ska bevaka kommuninvånarnas levnadsförhållanden, hälsa och välfärd och de faktorer som påverkar dessa inom varje område och befolkningsgrupp. En rapport om kommuninvånarnas hälsa och välfärd och om de åtgärder som har vidtagits ska varje år lämnas till kommunfullmäktige. Dessutom ska en välfärdsberättelse tas fram för kommunfullmäktige en gång per fullmäktigeperiod.

Kommunerna ska i sin strategiska planering ställa upp mål för främjandet av hälsa och välfärd. De ska vidare fastställa åtgärder som stöder målen. De konsekvenser som besluten har för människors hälsa och välfärd ska bedömas i förväg och beaktas vid beslutsfattandet inom kommunens olika verksamheter. De kommunala verksamheterna ska samarbeta med varandra för att främja hälsa och välfärd. Dessutom ska kommunen utse ansvariga för främjandet av hälsa och välfärd och samarbeta med andra offentliga aktörer, privata företag och allmännyttiga samfund som är verksamma i kommunen.

Inom den verksamhet som bedrivs av ett social- och hälsovårdsområde eller område med basal social- och hälsovård ska arbetet för att främja hälsa och välfärd bland invånarna i områdets kommuner beaktas och uppkomsten av missförhållanden förebyggas. Den ansvariga kommunen för området ska samarbeta med de övriga kommunerna i området och ge dem experthjälp i syfte att främja hälsa och välfärd.

## 10 §

*Ansvar för att ordna social- och hälsovård*

Ansvar för att ordna social- och hälsovård innefattar ansvar att sköta lagstadgade social- och hälsovårdsuppgifter och ansvar för

- 1) tillgång till tjänster på lika villkor och för kvaliteten på tjänsterna,
- 2) tjänsternas tillgänglighet på lämpligt sätt,
- 3) fastställande av behov och kvantitet,
- 4) beslut om produktionssätt, samt
- 5) uppföljning och utveckling av samt tillsyn över kvaliteten och kvantiteten.

Ansvar för att ordna social- och hälsovård innefattar dessutom sådan utövning av offentlig makt som ingår i uppgifterna för social- och hälsovårdsområdena och områdena med basal social- och hälsovård.

## 11 §

*Ansvarsfördelningen mellan social- och hälsovårdsområden och områden med basal social- och hälsovård när det gäller att ordna social- och hälsovård*

Den ansvariga kommunen för ett social- och hälsovårdsområde ska tillhandahålla samtliga social- och hälsovårdstjänster och sköta andra social- och hälsovårdsuppgifter.

Om ett område med basal social- och hälsovård ingår i social- och hälsovårdsområdet, har den ansvariga kommunen för området med basal social- och hälsovård ansvaret för att ordna socialvård och primärvård i stället för social- och hälsovårdsområdet. Det är dock social- och hälsovårdsområdet som ska svara för ordnandet av jour dygnet runt inom socialvården och primärvården. Genom lag kan det dessutom föreskrivas om andra uppgifter som den ansvariga kommunen för ett social- och hälsovårdsområde har ansvaret för att ordna i stället för den ansvariga kommunen för ett område med basal social- och hälsovård.

Den ansvariga kommunen för ett område med basal social- och hälsovård kan avvika från 1 mom. tillhandahålla tjänster

inom den specialiserade sjukvården, om social- och hälsovårdsministeriet har beviljat den ansvariga kommunen tillstånd till detta innan området med basal social- och hälsovård har inlett sin verksamhet. Den ansvariga kommunens ansvar för att ordna social- och hälsovård omfattar då de tjänster inom den specialiserade sjukvården som anges i tillståndet. Om tillståndet har beviljats för viss tid, kan ministeriet förnya det. När ministeriet förnyar ett tillstånd kan det göra ändringar i fråga om innehållet i och omfattningen av den verksamhet som tillståndet avser. Innan tillståndet förnyas ska det begäras ett yttrande av samkommunen för specialupptagningsområdet.

De ansvariga kommunerna för ett social- och hälsovårdsområde och område med basal social- och hälsovård ska samarbeta för att se till att de som är i behov av tjänster får de tjänster och det stöd de behöver i enlighet med lag, oavsett vem av dem som ska svara för att tjänsterna tillhandahålls.

## 12 §

*Tillhandahållandet av uppgifter och tjänster*

Den ansvariga kommunen för ett social- och hälsovårdsområde eller område med basal social- och hälsovård ska tillhandahålla de uppgifter och tjänster inom social- och hälsovården som den har ansvaret för att tillhandahålla

- 1) genom att producera dem själv,
- 2) med stöd av avtal tillsammans med den ansvariga kommunen för ett annat social- och hälsovårdsområde eller område med basal social- och hälsovård på det sätt som avses i 76 § i kommunallagen,
- 3) genom att vara medlem i en samkommun som producerar tjänsterna,
- 4) genom att anskaffa tjänster hos staten, en annan ansvarig kommun, en samkommun eller någon annan offentlig eller privat tjänsteproducent, eller
- 5) genom att ge dem som anlitar tjänsterna servicesedlar som avses i lagen om servicesedlar inom social- och hälsovården (569/2009), eller
- 6) på något annat sätt som anges i lag.

## 13 §

*Samarbete inom produktionen av tjänster*

De ansvariga kommunerna för social- och hälsovårdsområdena kan sinsemellan avtala om produktion av social- och hälsovårdstjänster. Ett avtal som har upprättats om produktion av tjänster ska grunda sig på en plan i specialupptagningsområdets genomförandeavtal för vilka tjänster som ska utföras inom specialupptagningsområdet.

Den ansvariga kommunen för ett social- och hälsovårdsområde eller område med basal social- och hälsovård kan avtala med de kommuner som hör till området om produktionen av social- och hälsovårdstjänster.

## 14 §

*Program för egenkontroll*

Den ansvariga kommunen för ett social- och hälsovårdsområde eller område med basal social- och hälsovård ska utarbeta en plan för egenkontroll i fråga om verksamheten och tjänsterna. I programmet ska det anges hur utförandet av och kvaliteten på social- och hälsovårdstjänsterna samt jämlikheten mellan dem som anlitat tjänsterna ska säkerställas. Det ska dessutom anges hur utförandet, kvaliteten och jämlikheten i fråga om tjänsterna ska övervakas och upptäckta brister åtgärdas. Programmet för egenkontroll ska offentliggöras på internet.

Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården kan vid behov meddela närmare föreskrifter om innehållet i och utarbetandet av program för egenkontroll.

## 15 §

*Specialupptagningsområden*

För skötseln av regionala och nationella uppgifter inom social- och hälsovården finns det fem specialupptagningsområden. Inom varje specialupptagningsområde finns det ett universitetssjukhus. Ett social- och hälsovårdsområde ska höra till det specialupptagningsområde som är mest ändamålsenligt

med tanke på planeringen och tillhandahållandet av tjänsterna.

Statsrådet beslutar om specialupptagningsområdena och om de social- och hälsovårdsområden som ska höra till dem.

## 16 §

*Specialupptagningsområdenas uppgifter*

Ett specialupptagningsområde ska styra och samordna verksamheten inom de social- och hälsovårdsområden och områden med basal social- och hälsovård som finns inom dess område samt de tjänster som dessa tillhandahåller, så att överlappande verksamhet och brist på service kan undvikas, ett effektivt utnyttjande av resurserna främjas samt lika kvalitet på och tillgång till tjänsterna och kontinuerlig utveckling av social- och hälsovården säkerställas. Specialupptagningsområdet ska också svara för att verksamheten samordnas med de strategiska riktlinjerna på nationell nivå och se till att den nationella styrningen genomförs inom verksamheten.

Ett specialupptagningsområde ska inom sitt område

1) säkerställa och stödja samarbetet och dess strukturer i social- och hälsovårdsuppgifter som förutsätter samarbete över gränserna för social- och hälsovårdsområdena, områdena med basal social- och hälsovård och specialupptagningsområdena,

2) för social- och hälsovårdens del svara för styrningen av uppgifter som gäller hela specialupptagningsområdet och fordrar samarbete mellan flera förvaltningsområden samt för att sådana beslut fattas och sådana föreskrifter meddelas som behövs för skötseln av uppgifterna,

3) svara för att tjänster och andra uppgifter inom social- och hälsovården koncentreras, om det på grund av deras sällsynthet eller andra särskilda omständigheter inte är ändamålsenligt att producera dem inom områdets alla social- och hälsovårdsområden,

4) för sin del svara för planeringen och samordningen av forsknings-, utbildnings- och utvecklingsverksamheten inom social- och hälsovården,

5) för sin del svara för bedömningen av behovet av arbetskraft inom social- och hälsovården,

6) svara för inrättandet av centraler för prehospital akutsjukvård och för styrningen och samordningen av den prehospitala akutsjukvården,

7) svara för samordningen av informationsförvaltningen inom social- och hälsovården och av behandlingen av klient- och patientuppgifter samt för den regionala övergripande arkitekturen på det sätt som föreskrivs i lagen om styrning av informationsförvaltningen inom den offentliga förvaltningen (634/2011),

8) svara för samordningen av social- och hälsovårdsområdenas beredskapsplanering,

9) svara för verkställigheten av det nationella utvecklingsprogram för social- och hälsovården som avses i 42 §,

10) för social- och hälsovårdens del säkerställa och stödja det regionala samarbetet kring främjandet av hälsa och välfärd i enlighet med 9 §, samt

11) svara för analyseringen och utnyttjandet av uppföljningsuppgifter som gäller hälsa och välfärd.

Det specialupptagningsområde som kommunerna inom samernas hembygdsområde, som anges i 4 § i sametingslagen (974/1995), hör till ska vid skötseln av sina uppgifter särskilt beakta den samiskspråkiga befolkningens servicebehov och främja det nordiska samarbetet i anslutning till social- och hälsovårdstjänster på samiska.

### 3 kap.

## Förvaltning

### *Social- och hälsovårdsområden och områden med basal social- och hälsovård*

#### 17 §

### *Förvaltningen av social- och hälsovårdsområden och områden med basal social- och hälsovård*

Inom ett social- och hälsovårdsområde har den ansvariga kommunen för området eller

samkommunen ansvaret för att ordna social- och hälsovården. I 19 § föreskrivs om på vilka villkor kommuner kan komma överens om att en samkommun ska svara för social- och hälsovårdsområdets verksamhet. Inom ett område med basal social- och hälsovård har den ansvariga kommunen ansvaret för att tillhandahålla tjänster.

Huvudorten i landskapet är ansvarig kommun för ett social- och hälsovårdsområde. Om social- och hälsovårdsområdet har bildats utifrån en kommun med minst 50 000 invånare i enlighet med 8 § 2 mom., är den till invånarantalet största kommunen i området ansvarig kommun. Ansvarig kommun för ett område med basal social- och hälsovård är den till invånarantalet största kommunen i området, om inte kommunerna har kommit överens om något annat.

Om den ansvariga kommunen för området svarar för social- och hälsovården, utövas den högsta beslutanderätten i området av det representantmöte som avses i 20 §. Huvudprinciperna för samarbetet vid beslutsfattandet inom och genomförandet av social- och hälsovården ska fastställas i det samarbetsavtal som representantmötet beslutar om. Närmare bestämmelser om avtalet finns i 21 §. I den ansvariga kommunen ska det finnas ett gemensamt organ, nedan organet, som svarar för tillhandahållandet av social- och hälsovårdstjänster och skötseln av ekonomin i området. Närmare bestämmelser om organet finns i 22 §.

#### 18 §

### *Juridiskt och ekonomiskt ansvar*

Den ansvariga kommunen har det juridiska ansvaret för ordnandet av social- och hälsovården. Det gemensamma organet i den ansvariga kommunen svarar dock för beslut som har fattats med stöd av 23 § och för verkställigheten av dem.

Det ekonomiska ansvaret för organets beslut och för verkställigheten av dem bestäms enligt 25–29 och 47–51 §.



## 19 §

*Samkommuner*

De kommuner som hör till ett social- och hälsovårdsområde kan komma överens om att en samkommun ska svara för tillhandahållandet av social- och hälsovårdstjänsterna, om

1) invånarantalet i centralkommunen i området är mindre än hälften av det sammanlagda invånarantalet i hela området, och

2) minst hälften av kommunerna i området är för att ansvaret för att tillhandahålla tjänsterna ska uppfyllas med hjälp av en samkommunsmodell och dessa kommuners invånarantal är minst två tredjedelar av det sammanlagda invånarantalet i hela området.

Om en samkommun svarar för verksamheten inom ett social- och hälsovårdsområde med stöd av 1 mom., tillämpas bestämmelserna i kommunallagen (365/1995) om samkommuners förvaltning på samkommunen, om inte något annat föreskrivs i denna lag. På godkännande och ändring av grundavtalet för en samkommun tillämpas bestämmelserna i 20 § och 21 § 3 mom. om beslutsfattandet vid representantmötet för den ansvariga kommunen.

## 20 §

*Representantmöte*

Representantmötet för kommunerna beslutar i fråga om social- och hälsovården inom ett social- och hälsovårdsområde eller område med basal social- och hälsovård om samarbetsavtal, mål för verksamheten och ekonomiska mål samt om budget och ekonomiplan. Dessutom utser mötet det organ som avses i 22 §.

Vid representantmötet ska varje kommun vara företrädd genom minst en representant som kommunen har utsett. Om kommunerna inte har kommit överens om något annat, grundar sig det sammanlagda röstetalet för en kommuns representanter vid representantmötet på kommunens invånarantal. Röstetalet för de representanter som kommunen har utsett fördelas jämnt mellan de av represen-

tanterna som är närvarande. Representantmötet ska ges en sammansättning som svarar mot den andel röster som olika grupper som är företrädda i fullmäktige i kommunerna i området har fått inom området vid kommunalvalen med iakttagande av proportionalitetsprincipen enligt vallagen (714/1998).

Representantmötet är beslutfört när minst två tredjedelar av de kommuner som deltar i representantmötet är företrädda vid mötet och deras invånarantal är minst hälften av det sammanlagda invånarantalet i samtliga kommuner som deltar i representantmötet.

På beslutsförfarandet vid representantmötet och på sökande av ändring i beslut som fattats vid representantmötet tillämpas bestämmelserna om fullmäktige i 7 och 11 kap. i kommunallagen.

## 21 §

*Samarbetsavtal*

Representantmötet för de kommuner som hör till ett social- och hälsovårdsområde eller område med basal social- och hälsovård ska godkänna ett samarbetsavtal som gäller ordnandet av social- och hälsovården. I ett sådant avtal ska det avtalas om

1) sättet som representantmötets och organets beslutsfattande ska ordnas på,

2) representantmötets uppgifter och befogenheter,

3) antalet representanter för kommunerna vid representantmötet och sättet som representanternas rösträtt ska bestämmas på,

4) antalet ledamöter i organet och grunderna för deras rösträtt, samt

5) finansieringen av social- och hälsovården och andra ekonomiska frågor.

I ett samarbetsavtal kan det också avtalas att kvalificerad majoritet i enlighet med avtalet fordras vid beslut i ärenden som bestäms särskilt.

Beslut om ett samarbetsavtal och ändringar i det fattas vid representantmötet. Om kommunerna inte har kommit överens om något annat, är en förutsättning för godkännande eller ändring av ett avtal att detta stöds av en eller flera kommuner vars invånarantal är minst hälften av det sammanlagda röstetalet

för de representanter som är närvarande vid representantmötet.

## 22 §

### *Gemensamt organ*

I den ansvariga kommunen för ett social- och hälsovårdsområde eller område med basal social- och hälsovård ska det finnas ett gemensamt organ. Det ska svara för ordnandet av social- och hälsovården i området. Ledamöterna i organet utses för fullmäktiges mandattid, om inte representantmötet beslutar något annat.

Till ledamot i organet kan det utses en person som är valbar till ett motsvarande organ i en kommun som hör till området.

Organet ska ges en sammansättning som svarar mot den andel röster som olika grupper som är företrädde i fullmäktige i kommunerna i området har fått inom området vid kommunalvalen med iakttagande av proportionalitetsprincipen enligt vallagen.

På sammansättningen hos det gemensamma organet i en ansvarig kommun tillämpas i övrigt det som i kommunallagen föreskrivs om kommunens organ.

## 23 §

### *Organets uppgifter*

Organet har beslutanderätt i de frågor enligt 10 § som omfattas av ansvaret för att ordna social- och hälsovård. Organet ska inom ramen för de mål som samarbetsavtalet och representantmötet sätter för verksamheten och ekonomin

1) se till att ansvaret för att ordna social- och hälsovård uppfylls, och

2) besluta om utvecklandet av social- och hälsovården samt följa hur målen nås och rapportera om detta till kommunerna i området.

Dessutom ska organet bevaka de intressen som social- och hälsovårdsområdet eller området med basal social- och hälsovård har i ärenden enligt 10 § som omfattas av ansvaret för att ordna social- och hälsovård, företräda

sitt område och ingå avtal som gäller social- och hälsovård.

Kommunstyrelsen i den ansvariga kommunen har inte rätt att i enlighet med 51 § i kommunallagen ta upp ett sådant ärende enligt 1 mom. till behandling som hör till organet eller en myndighet under det och i vilket den behöriga myndigheten har fattat ett beslut. På övriga beslut av organet tillämpas 51 § i kommunallagen, om inte kommunerna har kommit överens om något annat i samarbetsavtalet.

## 24 §

### *Sektioner för minoritetens språk*

I de social- och hälsovårdsområden och områden med basal social- och hälsovård som omfattar kommuner med olika språk eller tvåspråkiga kommuner ska det finnas en av organet tillsatt sektion för minoritetens språk. Sektionen ska övervaka tillgången till och kvaliteten på tjänsterna för den språkliga minoriteten i området och lägga fram förslag om hur tjänsterna kan utvecklas. Sektionen kan även ha andra uppgifter som organet beslutar om. Sektionen för minoritetens språk ska varje år lämna organet en berättelse om tillhandahållandet av tjänster till den språkliga minoriteten.

Till medlemmar i sektionen för minoritetens språk utses personer som företräder den språkliga minoriteten i området.

I ett social- och hälsovårdsområde som omfattar en kommun som hör till samernas hembygdsområde ska det finnas en av organet tillsatt sektion för samiska språket. Till medlemmar i sektionen utses personer som företräder de samer i området som avses i 3 § i sametingslagen. På sektionen tillämpas i övrigt bestämmelserna i 1 mom. om sektionen för minoritetens språk.

Om en samkommun svarar för tillhandahållandet av tjänster inom ett social- och hälsovårdsområde, ska en sektion som avses i denna paragraf vara underställd styrelsen för samkommunen.

## 25 §

*Bokföringsskyldighet*

Bokföringen av de uppgifter som organet har ansvaret för att ordna ska särredovisas i den ansvariga kommunens bokföring.

Bokföringsnämndens kommunsektion meddelar anvisningar och avger utlåanden om tillämpningen av bokföringslagen och 68–70 § i kommunallagen i fråga om organets bokföringsskyldighet.

## 26 §

*Organets bokslut*

Organets räkenskapsperiod är kalenderåret. Organet ska upprätta ett särskilt bokslut för räkenskapsperioden och lämna bokslutet till revisorerna för granskning samt förelägga kommunstyrelsen i den ansvariga kommunen bokslutet för behandling.

Till bokslutet hör balansräkning, resultaträkning, finansieringsanalys och noter till dem samt en tablå över budgetutfallet och en verksamhetsberättelse. Bokslutet ska ge riktiga och tillräckliga uppgifter om resultatet av organets verksamhet och om dess ekonomiska ställning och finansiering. De tilläggsupplysningar som behövs för detta ska lämnas i noterna. Organets särskilda bokslut sammanställs i kommunens bokslut.

Bokslutet undertecknas av ordföranden för organet.

## 27 §

*Verksamhetsberättelse och behandling av räkenskapsperiodens resultat*

Organet ska i sin verksamhetsberättelse redogöra för hur målen för dess verksamhet och ekonomi har nåtts. I verksamhetsberättelsen ska det också ingå uppgifter om sådana väsentliga omständigheter som gäller organets ekonomi och som inte ska redovisas i resultaträkningen, finansieringsanalysen eller balansräkningen. Sådana omständigheter är åtminstone en uppskattning av den sannolika

kommande utvecklingen samt uppgifter om hur den interna kontrollen och riskhanteringen är ordnad och om de centrala slutsatserna.

Om inte något annat anges i samarbetsavtalet, godkänner representantmötet bokslutet och beslutar om ansvarsfrihet.

## 28 §

*Organets eget kapital*

Organets eget kapital består av grundkapitalet, uppskrivningsfonden samt övriga poster av eget kapital.

Grundkapitalet är kommunens placering i eget kapital. Uppskrivningsfonden består av uppskrivningar bland bestående aktiva.

## 29 §

*Lån*

Beslut om lån som gäller organets verksamhet fattas av organet inom den ram som samarbetsavtalet tillåter.

## 30 §

*Tillämpning av bestämmelser om organet*

På organet tillämpas utöver bestämmelserna i detta kapitel dessutom bestämmelserna om gemensamma organ i 77 § i kommunallagen.

*Specialupptagningsområden*

## 31 §

*Samkommunen för ett specialupptagningsområde*

För ett specialupptagningsområdes uppgifter enligt 16 § svarar samkommunen för specialupptagningsområdet. På samkommuner

tillämpas bestämmelserna om samkommuner i kommunallagen, om inte något annat föreskrivs i denna lag.

### 32 §

#### *Specialupptagningsområdets samkommunsstämma*

Vid ett specialupptagningsområdes samkommunsstämma ska alla kommuner som hör till social- och hälsovårdsområden inom specialupptagningsområdet vara företrädde. Antalet representanter för kommunerna och representanternas röstetal vid samkommunsstämman bestäms enligt kommunernas invånarantal. Vid samkommunsstämman ska varje kommun vara företrädde genom minst en representant.

Samkommunsstämma ska hållas minst två gånger om året. Samkommunsstämman är beslutför när minst två tredjedelar av det sammanlagda invånarantalet i de kommuner som är medlemmar i specialupptagningsområdet är företrädde vid stämman.

Samkommunsstämman meddelar behövliga föreskrifter om beredningen av ärenden och verkställigheten av beslut som hänför sig till specialupptagningsområdets uppgifter samt beslutar om finansieringen av specialupptagningsområdet.

### 33 §

#### *Styrelsen och dess uppgifter*

För det praktiska utförandet av ett specialupptagningsområdes uppgifter svarar styrelsen för specialupptagningsområdet. Styrelsen utses av specialupptagningsområdets samkommunsstämma.

Styrelsen svarar för specialupptagningsområdets förvaltning och ekonomi samt för beredningen och verkställigheten av samkommunsstämmans beslut och för tillsynen över beslutens laglighet. Styrelsen bevakar specialupptagningsområdets intressen samt företräder specialupptagningsområdet och för

dess talan, om inte något annat avtalas i grundavtalet.

### 34 §

#### *Styrelsens sammansättning*

I styrelsen för ett specialupptagningsområde ska det finnas minst en representant för varje social- och hälsovårdsområde som hör till specialupptagningsområdet.

När styrelsen behandlar frågor enligt 16 § 2 mom. 4 punkten om planeringen och samordningen av forsknings-, utbildnings- och utvecklingsverksamheten inom social- och hälsovården eller frågor enligt 16 § 2 mom. 5 punkten om bedömningen av behovet av arbetskraft inom social- och hälsovården, ska högskolorna och forsknings- och utvecklingsverksamheten i området samt arbetskraftsförvaltningen och landskapsförbunden dessutom vara företrädde i styrelsen.

### 35 §

#### *Styrelsens beslutförhet*

Styrelsen är beslutför när över hälften av ledamöterna är närvarande.

När styrelsen arbetar i den sammansättning som avses i 34 § 2 mom., är en förutsättning för att den ska vara beslutför utöver det som föreskrivs i 1 mom. att de närvarande ledamöter som representerar social- och hälsovårdsområdena utgör majoritet tillsammans med ordföranden.

### 36 §

#### *Sektioner för minoritetens språk i specialupptagningsområden*

I specialupptagningsområden som omfattar kommuner med olika språk och tvåspråkiga kommuner ska det finnas en av styrelsen tillsatt sektion för minoritetens språk. Sektionen ska övervaka tillgången till och kvaliteten på tjänsterna för den språkliga minorite-

ten i specialupptagningsområdet och lägga fram förslag om hur tjänsterna kan utvecklas. Sektionen kan även ha andra uppgifter som styrelsen beslutar om. Sektionen ska varje år lämna specialupptagningsområdet en berättelse om tillhandahållandet av tjänster till den språkliga minoriteten inom specialupptagningsområdet.

Till medlemmar i sektionen utses personer som företräder den språkliga minoriteten i kommunerna i specialupptagningsområdet.

### 37 §

#### *Genomförandeavtal*

Beslut om utförandet av uppgifter i ett specialupptagningsområde fattas genom ett genomförandeavtal som upprättas tillsammans med de ansvariga kommunerna för de social- och hälsovårdsområden som hör till specialupptagningsområdet. Avtalet fastställs av samkommunsstämman. I genomförandeavtalet ska man komma överens om utförandet av de uppgifter som avses i 16 § och om de samarbetsstrukturer som uppgifterna förutsätter.

För beredningen av genomförandeavtalet och för övervakningen av fullföljandet av det svarar styrelsen för specialupptagningsområdet. Avtalet upprättas för fyra år. Fullföljandet av avtalet ska utvärderas vartannat år och ändringar göras i avtalet vid behov.

Närmare bestämmelser om vad som ska ingå i genomförandeavtalet får utfärdas genom förordning av statsrådet.

### 38 §

#### *Verksamhetsplan för ett specialupptagningsområde*

Specialupptagningsområdets samkommunsstämman fastställer varje år en verksamhetsplan som gäller ordnandet av social- och hälsovården inom dess område. Verksamhetsplanen ska grunda sig på specialupptagningsområdets genomförandeavtal. För be-

redningen av planen svarar styrelsen för specialupptagningsområdet.

Närmare bestämmelser om vad som ska ingå i verksamhetsplanen får utfärdas genom förordning av statsrådet.

### 39 §

#### *Specialupptagningsområdenas beslutande-rätt som är bindande för social- och hälsovårdsområdena och områdena med basal social- och hälsovård*

Ett specialupptagningsområdes samkommunsstämman har när den godkänner en verksamhetsplan rätt att fatta beslut som är bindande för social- och hälsovårdsområdena, områdena med basal social- och hälsovård och deras ansvariga kommuner och som gäller produktionen av tjänster som dessa har ansvaret för att tillhandahålla. Ett sådant beslut får fattas i situationer där det avgörande som träffas är av betydelse för hela specialupptagningsområdet, förhindrar överlappande verksamhet och underlättar hanteringen av begränsade resurser eller i situationer där tillgång till tjänster på lika villkor ska tryggas, om de ansvariga kommunerna för de social- och hälsovårdsområden och områden med basal social- och hälsovård som ingår i specialupptagningsområdet inte har nått en överenskommelse i frågan.

Innan beslut fattas ska specialupptagningsområdet sträva efter att nå en överenskommelse i frågan med de ansvariga kommunerna för social- och hälsovårdsområdena och områdena med basal social- och hälsovård.

### 40 §

#### *Specialupptagningsområdets budget*

Ett specialupptagningsområdes budget godkänns av samkommunsstämman. Innan budgeten godkänns ska organen i de social- och hälsovårdsområden som hör till specialupptagningsområdet ges tillfälle att ge ett yttrande om förslaget till budget och om den preliminära verksamhetsplanen.

## 4 kap.

**Styrning, planering och utveckling**

## 41 §

*Allmän styrning, planering och utveckling*

Den allmänna styrningen, planeringen och utvecklingen av samt tillsynen över social- och hälsovården hör till social- och hälsovårdsministeriet. Som en del av denna uppgift utarbetar social- och hälsovårdsministeriet i samråd med den delegation för social- och hälsovård som avses i 43 § långsiktiga strategiska riktlinjer som styr de organisationer som svarar för tillhandahållandet av tjänsterna vid utvecklandet av servicestrukturen.

Institutet för hälsa och välfärd är nationell expertmyndighet i fråga om styrningen, planeringen och utvecklingen av social- och hälsovården.

## 42 §

*Det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården*

Statsrådet fastställer vart fjärde år ett nationellt utvecklingsprogram för social- och hälsovården (det nationella utvecklingsprogrammet) som överensstämmer med regeringens beslut om statsfinanserna. I utvecklingsprogrammet fastställs för hela programperioden de viktigaste social- och hälsovårdspolitiska målen, prioriteringarna inom utvecklingsverksamheten och tillsynen samt viktiga reform- och lagstiftningsprojekt, anvisningar och rekommendationer som stöder måluppfyllelsen och prioriteringarna.

Det nationella utvecklingsprogrammet kan i fråga om åtgärderna till stöd för måluppfyllelsen ses över årligen. I övrigt kan det nationella utvecklingsprogrammet ändras av särskilda skäl.

I det nationella utvecklingsprogrammet kan det även ingå sådana viktiga mål och åtgärdsrekommendationer som riktar sig till statens central- och regionalförvaltning inom social- och hälsovården och som gäller genomföran-

det av programmet, om de är motiverade med tanke på ett ändamålsenligt genomförande av den kommunala social- och hälsovården.

## 43 §

*Delegationen för social- och hälsovård*

I anslutning till social- och hälsovårdsministeriet finns det en delegation för social- och hälsovård. Delegationens syfte är att sammanställa och förverkliga nationella mål inom social- och hälsovården samt främja samarbetet mellan riksomfattande och regionala aktörer. Delegationen tillsätts av statsrådet för fyra år i sänder.

Delegationen har i uppgift att för social- och hälsovårdsministeriet bereda ett förslag till det nationella utvecklingsprogrammet utifrån från nationellt sammanställda mål samt att främja och följa genomförandet av programmet. Dessutom ger delegationen vid behov social- och hälsovårdsministeriet förslag till rekommendationer och anvisningar som syftar till att främja och stödja uppfyllelsen av målen i utvecklingsprogrammet samt förslag om anvisande av de anslag som står till förfogande för utvecklingsverksamhet inom social- och hälsovården till olika prioriteringsområden i utvecklingsverksamheten. Delegationen ska även sköta de uppgifter om vilka det föreskrivs särskilt i statsrådets beslut om tillsättande av delegationen.

Närmare bestämmelser om delegationen och dess sammansättning och uppgifter utfärdas genom förordning av statsrådet.

## 44 §

*Ledningsgruppen för det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården*

I anslutning till delegationen för social- och hälsovård finns en av statsrådet utsedd ledningsgrupp för det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården. Ledningsgruppen ska

1) leda beredningen av det nationella utvecklingsprogrammet samt det riksomfattande och regionala genomförandet av programmet,

2) främja samarbetet mellan centralförvaltningen och regionerna,

3) behandla frågor som gäller samarbetet med social- och hälsovårdsorganisationerna inom ramen för det nationella utvecklingsprogrammet,

4) behandla den helhet som styrnings- och tillsynsåtgärderna utgör, samt

5) sköta andra riksomfattande styrningsuppgifter med anknytning till genomförandet av det nationella utvecklingsprogrammet.

Närmare bestämmelser om ledningsgruppen och dess sammansättning och uppgifter utfärdas genom förordning av statsrådet.

#### 45 §

##### *Statsunderstöd för utvecklingsprojekt*

För genomförande av det nationella utvecklingsprogrammet kan social- och hälsovårdsministeriet inom ramen för ett anslag i statsbudgeten bevilja projektunderstöd till den ansvariga kommunen för ett social- och hälsovårdsområde eller ett område med basal social- och hälsovård eller samkommunen för ett specialupptagningsområde. Utvecklingsprojekt kan även genomföras av flera områden tillsammans.

Statsunderstöd får beviljas om de social- och hälsovårdspolitiska målen i det nationella utvecklingsprogrammet förverkligas genom projektet och om de regionala utvecklingsbehoven beaktas i det.

På statsunderstöd tillämpas statsunderstödslagen (688/2001). Social- och hälsovårdsministeriet är statsbidragsmyndighet i ärenden som gäller utvecklingsprojekt inom social- och hälsovården.

Ett social- och hälsovårdsområde, område med basal social- och hälsovård eller specialupptagningsområde får i statsunderstöd beviljas högst 75 procent av de kostnader som berättigar till statsunderstöd. Den självfinansieringsandel som krävs av ett social- och hälsovårdsområde, område med basal social- och hälsovård eller specialupptagningsområde ska vara minst 25 procent av de kostnader som berättigar till statsunderstöd.

Genom förordning av statsrådet får det utfärdas bestämmelser om grunderna för för-

delningen av statsunderstödet, om sökande, beviljande och betalning av statsunderstöd samt om hur användningen av statsunderstödet ska följas, utvärderas och övervakas.

#### 46 §

##### *Utvecklingsverksamhet inom ett social- och hälsovårdsområde*

Den ansvariga kommunen för ett social- och hälsovårdsområde svarar inom sitt område för utvecklingen av primärvården, den specialiserade sjukvården och socialvården, för dess struktur och för stärkandet av kunskandet samt för utvecklingssamarbete som överskrider områdes- och organisationsgränserna. Social- och hälsovårdsområdet ska beakta specialupptagningsområdets riktlinjer för forsknings- och utvecklingsverksamheten.

#### 5 kap.

### **Finansiering**

##### *Finansiering av områdenas verksamhet*

#### 47 §

##### *Finansiering av områden med basal social- och hälsovård*

De kommuner som hör till ett område med basal social- och hälsovård svarar för finansieringen av området i enlighet med det som har avtalats om kostnadsfördelningen mellan kommunerna i det samarbetsavtal som avses i 21 §.

Om kommunerna inte kommer överens om något annat, deltar de i finansieringen av kostnaderna för ett område med basal social- och hälsovård med en avgift som grundar sig på kommunens invånarantal och som har viktats enligt de bestämningsgrunder för social- och hälsovården som avses i x § i lagen om statsandel för kommunal basservice och används vid beräkningen av statsandel för kommunal basservice.

## 48 §

*Finansiering av social- och hälsovårdsområden*

De kommuner som hör till ett social- och hälsovårdsområde svarar för finansieringen av området i enlighet med det som har avtalats om kostnadsfördelningen mellan kommunerna i det samarbetsavtal som avses i 21 §.

Om kommunerna inte kommer överens om något annat, deltar de i finansieringen av kostnaderna för ett social- och hälsovårdsområde med en avgift som grundar sig på kommunens invånarantal och som har viktats enligt de bestämningsgrunder för social- och hälsovården som avses i x § i lagen om statsandel för kommunal basservice och används vid beräkningen av statsandel för kommunal basservice.

Om de kommuner som hör till ett social- och hälsovårdsområde inte avtalar om något annat, deltar ett område med basal social- och hälsovård som hör till social- och hälsovårdsområdet i kostnaderna för social- och hälsovårdsområdets gemensamma uppgifter med en avgift som grundar sig på antalet invånare i området med basal social- och hälsovård. För tjänster som tillhandahålls av social- och hälsovårdsområdet och som invånarna i ett område med basal social- och hälsovård använder ska området med basal social- och hälsovård betala en avgift som bestäms enligt användningen.

## 49 §

*Finansiering av specialupptagningsområden*

De social- och hälsovårdsområden som hör till ett specialupptagningsområde svarar för finansieringen av specialupptagningsområdet.

I grundavtalet för ett specialupptagningsområde avtalas om finansieringen av specialupptagningsområdet. Om inte något annat avtalas i grundavtalet, deltar de social- och hälsovårdsområden som hör till specialupptagningsområdet i finansieringen av kostna-

derna för specialupptagningsområdet med en avgift som grundar sig på invånarantalet.

## 50 §

*Täckning av underskott*

Om ett social- och hälsovårdsområde, område med basal social- och hälsovård eller specialupptagningsområde har ett underskott i balansräkningen för det år budgeten görs upp, ska detta underskott täckas inom fyra år från ingången av det år som följer efter fastställandet av bokslutet (skyldighet att täcka underskott).

## 51 §

*Ansvar för social- och hälsovårdsområden eller områden med basal social- och hälsovård att ersätta kostnaderna för vård och omvårdnad*

Om man vid en verksamhetsenhet inom social- och hälsovården vårdar en person som inte är invånare i en kommun inom det social- och hälsovårdsområde eller område med basal social- och hälsovård som är huvudman för verksamhetsenheten, ska den ansvariga kommunen inom det social- och hälsovårdsområde eller område med basal social- och hälsovård som svarar för ordnandet av vården eller omvårdnaden ersätta kostnaderna, om inte något annat bestäms om ersättande av kostnaderna någon annanstans.

Ersättningen ska basera sig på produktifieringen eller det produktpris som ligger till grund när verksamhetsenheten följer upp sin verksamhet. Från ersättningen avdras de klientavgifter som personen har betalat och övriga verksamhetsintäkter som serviceproducenten har fått i samband med vården eller omvårdnaden. Klientavgiften bestäms enligt lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/1992). Närmare bestämmelser om grunderna för ersättning för tjänsterna och om faktureringsförfarandet får vid behov utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet.



## *Statens utbildningsersättningar*

### 52 §

#### *Utbildningsersättning till universitetssjukhus*

Huvudmannen för ett universitetssjukhus betalas ersättning av statsmedel för kostnader som orsakas av grund- och specialiseringsutbildning för läkare och tandläkare. Ersättningen för grundutbildningen räknas ut på grundval av ett medeltal av antalet studerande som har påbörjat läkar- och tandläkarutbildning och antalet avlagda examina. Ersättningen för specialiseringsutbildningen baserar sig på antalet examina och på den ersättning som bestämts för examen i fråga.

Utbildningsersättning som baserar sig på antalet examina betalas dock inte för specialistläkar- och specialisttandläkarexamen inom hälso- och sjukvård eller specialistläkarexamen inom idrottsmedicin, företagshälsovård och allmän medicin. Om sådan utbildning ges vid ett universitetssjukhus, betalas huvudmannen för sjukhuset ersättning av statsmedel för utbildningskostnaderna på grundval av antalet realiserade utbildningsmånader.

### 53 §

#### *Utbildningsersättning till universitet*

Universitet med specialistläkar- och specialisttandläkarutbildning betalas ersättning av statsmedel för kostnader som orsakas av utbildningen. Ersättningen för specialiseringsutbildningen baserar sig på antalet examina och på den ersättning som bestämts för examen i fråga.

### 54 §

#### *Utbildningsersättning till andra verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården*

Om grundutbildning för läkare eller tandläkare ges vid någon annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården än ett universitetssjukhus, betalar den ansvariga kommunen för det social- och hälsovårdsområde där

universitetssjukhuset finns ersättning till den berörda offentliga serviceproducenten eller någon annan serviceproducent som anges genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet, på det sätt som parterna har kommit överens om.

Om ett universitet anlitar någon annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården än ett universitetssjukhus för specialiseringsutbildning för läkare eller tandläkare, betalas en kommun, en samkommun, ett statligt sinnessjukhus eller någon annan serviceproducent som bestäms genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet på kalkylmässiga grunder ersättning av statsmedel för kostnader som orsakas av specialiseringsutbildning enligt ett utbildningsprogram som universitetet har godkänt. Ersättningen baserar sig på antalet realiserade utbildningsmånader. För kostnaderna för den nio månader långa utbildning vid en hälsovårdscentral som ingår i specialistläkar- och specialisttandläkarutbildningen betalas ersättning av statsmedel endast om läkarens kunskaper om samarbetet mellan folkhälsoarbetet samt primärvården, den specialiserade sjukvården och socialvården har säkerställts i utbildningen vid hälsovårdscentralen. För den som fullgör utbildning vid en hälsovårdscentral ska det dessutom utses en handledare som står i anställningsförhållande till en kommun eller en samkommun och som ska garantera utbildningens kvalitet och utveckling. Utbildning vid en hälsovårdscentral fullgörs i enlighet med den plan för kvalitetsledningen och för hur patientsäkerheten tillgodoses som avses i 8 § 3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010).

Den ansvariga kommunen för ett social- och hälsovårdsområde eller område med basal social- och hälsovård samt hälso- och sjukvårdsmyndigheten i landskapet Åland betalas på kalkylmässiga grunder ersättning av statsmedel för kostnader som orsakas av tjänster som förutsätter den kompetens som avses i 13 § i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994), av särskild allmänläkarutbildning enligt 4 § 3 mom. i den lagen och av praktisk tjänstgöring för legitimerade tandläkare samt av fördjupad praktik i grundutbildningen för tand-

läkare. Ersättningen baserar sig på antalet personer som utbildas och antalet utbildningsmånader. Ersättning betalas dock inte för tjänstgöring som avses i 13 § i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården till den del tjänstgöringen överskrider sex månader, om inte Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården kräver en längre tjänstgöring.

*Statens ersättning för forskningsverksamhet*

55 §

*Fördelning av forskningsfinansiering*

Ett specialupptagningsområde ska för en fyraårsperiod tillsätta en forskningskommitté på universitetsnivå för hälso- och sjukvården, samt eventuella sektioner. Forskningskommittén ska bestå av representanter för de olika vetenskapsområdena från verksamhetsenheterna inom hälso- och sjukvården i specialupptagningsområdet.

56 §

*Finansiering av hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå*

Social- och hälsovårdsministeriets fastställer i samarbete med de i 55 § avsedda specialupptagningsområdenas forskningskommittéer insatsområden och målsättningar när det gäller den hälsovetenskapliga forskningen på universitetsnivå för fyra år i sänder.

För den hälsovetenskapliga forskningen på universitetsnivå beviljas statlig finansiering till specialupptagningsområdenas forskningskommittéer enligt social- och hälsovårdsministeriets beslut för fyra år i sänder. Ministeriets beslut baserar sig på hur forskningens insatsområden och målsättningar har genomförts och på forskningens kvalitet, omfattning och resultat under den föregående fyraårsperioden. Om indelningen i specialupptagningsområden ändras under fyraårsperioden, ska social- och hälsovårdsministeriets beslut ändras i enlighet med den ändrade områdesindelningen.

Forskningskommittén beslutar på ansökan om beviljande av forskningsfinansiering inom sitt område. Den ansvariga kommunen för ett social- och hälsovårdsområde eller område med basal social- och hälsovård som är huvudman för en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården, ett statligt sinnessjukhus eller en serviceproducent som bestäms genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet kan ansöka om finansiering för hälsovetenskaplig forskning.

57 §

*Nationell utvärderingsgrupp för den hälsovetenskapliga forskningen*

Social- och hälsovårdsministeriet tillsätter för den hälsovetenskapliga forskningen en nationell utvärderingsgrupp som består av experter. Utvärderingsgruppen har till uppgift att bedöma den hälsovetenskapliga forskningens kvalitet, omfattning och genomslag och utfallet för insatsområdena och målsättningarna för forskningen under den föregående fyraårsperioden samt att för social- och hälsovårdsministeriet lägga fram förslag om hur finansieringen av den hälsovetenskapliga forskningen på universitetsnivå ska fördelas mellan specialupptagningsområdena under den följande fyraårsperioden.

*Ersättningsförfarande*

58 §

*Utbetalning av utbildningsersättning och forskningsfinansiering*

Regionförvaltningsverket och statens ämbetsverk på Åland betalar ut statens utbildningsersättning. Utbildningsersättning utifrån antalet examina och antalet studerande som inlett sina studier betalas utan separat ansökan till huvudmannen för ett universitetssjukhus och till universitet med specialistläkar- och specialisttandläkarutbildning.

Ersättning utifrån antalet realiserade utbildningsmånader betalas ut halvårsvis på ansökan. I fråga om det första halvåret ska ersättning sökas senast den 30 september

samma år och i fråga om det andra halvåret senast den 31 mars följande år. Regionförvaltningsverket och statens ämbetsverk på Åland ska avgöra en ansökan om ersättning som har lämnats in inom utsatt tid under det kalenderår då ansökan har inkommit. Regionförvaltningsverket betalar varje månad forskningsfinansiering till specialupptagningsområdets forskningskommitté, som betalar finansieringen vidare till dem som genomför projekten.

I övrigt iakttas i fråga om betalning av ersättning, övrigt förfarande och ändringssökande 20 § 1 mom., 21, 24–26 och 28 §, 29 § 2 mom. och 30 och 34 § i statsunderstödslagen.

## 59 §

### *Skyldighet att lämna uppgifter*

Varje universitet med läkar- och tandläkarutbildning ska kalenderårsvis meddela social- och hälsovårdsministeriet antalet avlagda läkar- och tandläkarexamina samt antalet avlagda specialistläkar- och specialisttandläkarexamina.

Ett social- och hälsovårdsområde där det finns ett universitetssjukhus och universitet med specialistläkar- och specialisttandläkarutbildning ska för varje år före utgången av juni följande år lämna social- och hälsovårdsministeriet en redogörelse för hur utbildningsersättningen har använts.

Specialupptagningsområdets forskningskommitté ska för varje år före utgången av juni följande år lämna social- och hälsovårdsministeriet en redogörelse för de forskningsprojekt och insatsområden som har anvisats finansiering.

## 60 §

### *Användning för utbildning och forskning av lokaler som hör till en kommun eller samkommun*

Ett universitet har rätt att använda ett universitetssjukhus för sin medicinska utbildningsenhets utbildnings- och forskningsbehov.

Ett universitet och en annan anordnare av social- och hälsovårdsutbildning som har hand om utbildning av hälso- och sjukvårdspersonal och forskning inom hälso- och sjukvården har rätt att använda sjukhus och separata verksamhetsenheter som ett social- och hälsovårdsområde svarar för även för att ordna annan utbildning och forskning inom hälso- och sjukvården än sådan som avses i 1 mom., enligt det som avtalas mellan den ansvariga kommunen för social- och hälsovårdsområdet och den utbildningsanordnare som bedriver utbildnings- och forskningsverksamhet.

Ett universitet har under den nio månader långa utbildning vid en hälsovårdscentral som ingår i specialistläkar- och specialisttandläkarutbildningen rätt att använda lokaler vid verksamhetsenheter inom primärvården enligt det som avtalas mellan kommunen eller samkommunen och universitetet.

Den ansvariga kommunen för ett social- och hälsovårdsområde ska se till att universitetet eller anordnaren av social- och hälsovårdsutbildning förfogar över sådana för undervisning och forskning behövliga lokaler med fasta maskiner och anläggningar och sådana personalrum för utbildnings- och forskningspersonalen och för studerandena som måste finnas vid en verksamhetsenhet inom social- och hälsovårdsområdet.

Yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som är anställda hos den ansvariga kommunen för ett social- och hälsovårdsområde är skyldiga att delta i utbildning och forskning inom hälso- och sjukvården enligt det som avtalas mellan den ansvariga kommunen och universitetet eller en annan utbildningsanordnare.

## 61 §

### *Bemyndigande att utfärda förordning*

Bestämmelser om beloppet av de ersättningar som betalas för kostnaderna för läkar- och tandläkarutbildning och om förfarandena vid betalning av ersättningar utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet.

Bestämmelser om insatsområdena och målsättningarna för den hälsovetenskapliga forskningen på universitetsnivå, om de övriga grunderna för fördelning av forskningsfinansieringen och förfarandena vid fördelningen samt om tillsättandet av en utvärderingsgrupp för den hälsovetenskapliga forskningen på universitetsnivå och om gruppens sammansättning och uppgifter utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet.

Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet utfärdas bestämmelser om de serviceproducenter som har rätt att få ersättning för kostnader för läkar- och tandläkarutbildning och finansiering för hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå.

## 6 kap.

### Tillsyn

#### 62 §

#### *Tillsyn och styrning i anslutning till tillsynen*

Tillsynen över lagenligheten i servicestrukturen och verksamheten i social- och hälsovårdsområdena, områdena med basal social- och hälsovård och specialupptagningsområdena, tillsynen över lagenligheten i de tjänster som dessa tillhandahåller och styrningen i anslutning till tillsynen hör till regionförvaltningsverket inom dess verksamhetsområde.

Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården styr regionförvaltningsverkens verksamhet vid verkställigheten, samordningen och förenhetligandet av tillsynen och den därtill hörande styrningen. Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården utövar dessutom tillsyn över lagenligheten i servicestrukturen och verksamheten inom social- och hälsovårdsområdena, områdena med basal social- och hälsovård och specialupptagningsområdena samt i de tjänster som dessa tillhandahåller samt ger styrning i anslutning till tillsynen i synnerhet när det är fråga om

1) principiellt viktiga eller vittsyftande ärenden,

2) ärenden som gäller flera regionförvaltningsverks verksamhetsområden eller hela landet,

3) ärenden som väsentligen har samband med andra tillsynsärenden som behandlas vid Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården och som gäller socialvården eller hälso- och sjukvården eller yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, samt

4) ärenden som regionförvaltningsverket är jävigt att behandla.

Bestämmelser om den närmare arbetsfördelningen mellan Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården och regionförvaltningsverken vid styrningen och tillsynen utfärdas vid behov genom förordning av statsrådet.

#### 63 §

#### *Styrnings- och utvärderingsbesök*

Regionförvaltningsverken och Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården kan i syfte att genomföra den styrning som avses i 62 § företa styrnings- och utvärderingsbesök inom social- och hälsovårdsområden, områden med basal social- och hälsovård och specialupptagningsområden.

Styrnings- och utvärderingsbesöken och programmet för dem ska avtalas på förhand med respektive social- och hälsovårdsområde, område med basal social- och hälsovård och specialupptagningsområde.

#### 64 §

#### *Inspektionsrätt*

Regionförvaltningsverket och Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården kan inspektera verksamhet och tjänster enligt denna lag samt de verksamhetsenheter och lokaler som används vid ordnandet av dem när det finns grundad anledning att förrätta en inspektion. Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården kan ålägga regionförvaltningsverket att på dess vägnar förrätta inspektionen. Inspektionen får förrättas

utan förhandsanmälan. Beslutet om inspektion får inte överklagas genom besvär.

En inspektör ska ges tillträde till verksamhetsställets alla lokaler. Trots sekretessbestämmelserna ska alla dokument som inspektören ber att få och som är nödvändiga för inspektionen läggas fram i samband med inspektionen. Inspektören ska dessutom trots sekretessbestämmelserna avgiftsfritt få de kopior han eller hon begär av de dokument som är nödvändiga för inspektionen. Inspektören har även rätt att ta fotografier under inspektionen. Inspektören kan biträdas av sådana experter som behövs för inspektionen.

Det ska föras protokoll över inspektionen. Genom förordning av statsrådet får det vid behov utfärdas bestämmelser om omständigheter som särskilt ska beaktas vid inspektionerna, om inspektionsförfarandets närmare innehåll samt om det protokoll som ska föras över inspektionen och om dess förvaring och förvaringstid.

#### 65 §

##### *Förelägganden och tvångsmedel*

Om brister eller andra missförhållanden som äventyrar klient- eller patientsäkerheten upptäcks i ordnandet eller genomförandet av social- eller hälsovården eller om verksamheten i övrigt strider mot denna lag eller någon annan lag som gäller social- eller hälsovården, kan regionförvaltningsverket eller Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården meddela ett föreläggande om att bristen eller missförhållandet ska avhjälpas. När föreläggandet meddelas ska det sättas ut en tid inom vilken de behövliga åtgärderna ska vidtas. Om klient- eller patientsäkerheten så kräver kan det bestämmas att verksamheten omedelbart ska avbrytas eller att användningen av en verksamhetsenhet eller en del av den eller av en anordning ska förbjudas omedelbart.

Regionförvaltningsverket och Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården kan vid vite eller vid äventyr att verksamheten avbryts eller att användningen av en verksamhetsenhet, av en del av den eller av en anordning förbjuds, förplikta den ansvariga kommunen eller samkommunen att iakttä

ga kommunen eller samkommunen att iakttä det föreläggande som avses i 1 mom.

Beslut av regionförvaltningsverket eller Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården om avbrytande av verksamheten eller om förbud mot användning av en verksamhetsenhet eller av en del av den eller av en anordning ska iakttas trots att ändring har sökts, om inte besvärsmyndigheten bestämmer något annat.

Bestämmelserna i denna paragraf gäller inte sådan verksamhet som avses i läkemedelslagen (395/1987) och som övervakas av Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet eller sådan verksamhet som avses i strålskyddslagen (592/1991) och som övervakas av Strålsäkerhetscentralen. Om Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården eller regionförvaltningsverket i sin tillsyn upptäcker brister eller andra missförhållanden i läkemedelsförsörjningen, ska Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet underrättas om dessa. Brister och missförhållanden som gäller användning av strålning ska anmälas till Strålsäkerhetscentralen.

#### 66 §

##### *Administrativ styrning samt uppmaning*

Om en brist, felaktighet eller försummelse eller något annat missförhållande som upptäcks vid ordnandet eller genomförandet av social- eller hälsovården inte ger anledning till åtgärder enligt 65 §, kan regionförvaltningsverket och Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården delge den ansvariga kommunen, samkommunen, organet eller den person som svarar för den felaktiga verksamheten sin uppfattning om det förfarande som lagen kräver eller uppmärksamgöra den övervakade på att verksamheten ska ordnas på behörigt sätt och på de krav som en god förvaltning ställer. Regionförvaltningsverket och Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården kan också uppmana den övervakade att avhjälpa bristen eller missförhållandet. Om ovan avsedda åtgärder inte kan betraktas som tillräckliga med hänsyn till de omständigheter som in-

verkar på helhetsbedömningen av ärendet, kan regionförvaltningsverket och Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården ge den övervakade en anmärkning för framtiden.

I administrativ styrning eller uppmaningar enligt denna paragraf som getts av regionförvaltningsverket eller Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården får ändring inte sökas genom besvär.

## 67 §

*Behandling av ett tillsynsärende*

Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården och regionförvaltningsverket vidtar på basis av ett tillsynsärende som kommit till deras kännedom de åtgärder som de anser vara befogade med tanke på säkerställandet av klient- och patientsäkerheten eller efterlevnaden av lagen.

Ett tillsynsärende som baserar sig på händelser som ligger mer än två år tillbaka i tiden undersöks inte utan särskild orsak.

Bestämmelser om upptagande till behandling av ett ärende som baserar sig på ett anmärknings- eller klagomålsförfarande finns separat i förvaltningslagen (432/2003), lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992) och lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000).

## 68 §

*Tillsynsmyndighetens rätt att få uppgifter*

Kommunen och samkommunen är skyldiga att till Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården och regionförvaltningsverket lämna begärda uppgifter och utredningar, om de är nödvändiga för fullgörandet av verkets tillsynsuppdrag. Uppgifterna och utredningarna ska lämnas avgiftsfritt och oberoende av sekretessbestämmelserna.

## 7 kap.

**Särskilda bestämmelser**

## 69 §

*Beredskap för störningar och undantagsförhållanden*

Den ansvariga kommunen för ett social- och hälsovårdsområde ska i samråd med de ansvariga kommunerna för områdena med basal social- och hälsovård och andra kommuner inom sitt område bereda sig på störningar och storolyckor som förutsätter åtgärder inom socialvården och hälso- och sjukvården. Den ansvariga kommunen för ett social- och hälsovårdsområde är dessutom skyldig att i samråd med de ansvariga kommunerna för områdena med basal social- och hälsovård och andra kommuner inom sitt område utarbeta en sådan beredskapsplan som avses i 12 § i beredskapslagen (1552/2011) för att säkerställa verksamheten och kontinuiteten i social- och hälsovården också under undantagsförhållanden.

Staten kan medverka i upprätthållandet av den beredskap som behövs inom socialvården och hälso- och sjukvården och i hanteringen av exceptionella situationer genom att finansiera sådan verksamhet som det av särskilda skäl är ändamålsenligt att finansiera med statsmedel. För verksamheten får social- och hälsovårdsministeriet utse och bemyndiga aktörer på riksnivå.

## 70 §

*Överföring av ansvaret för att ordna tjänster i vissa fall*

Om en person är placerad i familjevård, slutenvård eller boende med boendeservice i någon annan kommun än sin hemkommun och han eller hon utnyttjar rätten enligt 3 a § i lagen om hemkommun (201/1994) att välja hemkommun, övergår ansvaret för att ordna tjänster för personen från och med flyttningsdagen till den ansvariga kommunen för det social- och hälsovårdsområde eller områ-

de med basal social- och hälsovård till vilket den nya hemkommunen hör.

### 71 §

#### *Ordnande av tjänster när hemkommunen ändras*

Den som vill flytta och bli invånare i en annan kommun, men på grund av sin ålder eller sin funktionsnedsättning eller av någon annan liknande orsak inte kan bo där utan familjevård, sluten vård eller boendeservice, kan anhålla om denna service hos det social- och hälsovårdsområde eller område med basal social- och hälsovård till vilket denna andra kommun hör, på samma grunder som om han eller hon vore invånare i denna andra kommun.

Den ansvariga kommunen för det social- och hälsovårdsområde eller område med basal social- och hälsovård till vilket ansökan har kommit in ska

1) oberoende av sekretessbestämmelserna genast underrätta sökandens hemkommun samt den ansvariga kommunen för det social- och hälsovårdsområde eller område med basal social- och hälsovård som svarar för tillhandahållandet av personens social- och hälsovårdstjänster om att en sådan ansökan har kommit in och att den har tagits upp till behandling,

2) behandla ansökan och bedöma sökandens behov av service i samarbete med den aktör som svarar för ordnandet av servicen vid tidpunkten för ansökan,

3) fatta beslut i ärendet.

Ansökan behandlas dock inte, om sökanden har lämnat in en likadan ansökan till den ansvariga kommunen för ett annat social- och hälsovårdsområde eller område med basal social- och hälsovård och behandlingen av ärendet fortfarande pågår.

Om den ansvariga kommunen för ett social- och hälsovårdsområde eller område med basal social- och hälsovård har beslutat bevilja servicen, ska sökanden inom två veckor efter att ha fått del av beslutet anmäla om han eller hon tar emot servicen. Sökanden ska dessutom inom tre månader efter att ha fått del av beslutet flytta till den vårdplats eller

boendeservice som avses i beslutet. Om sökanden försummar att iaktta nämnda tidsfrister, förfaller hans eller hennes rätt till den service som beslutet gäller.

### 72 §

#### *Ordnande av hälso- och sjukvård i vissa fall*

Vid ordnandet av hälso- och sjukvård jämföras med kommuninvånare i denna lag också en person som vistas inom kommunens område och har rätt att arbeta enligt 78 § 1 eller 2 mom., 78 § 3 mom. 1, 2, 4, 5 eller 7 punkten eller 79 § 1 mom. 1, 2 eller 6 punkten i utlänningslagen (301/2004) och som har ett i Finland giltigt arbets-, tjänste- eller annat anställningsförhållande eller har registrerats som arbetslös arbetssökande efter det att ett minst sex månader långt arbets-, tjänste- eller anställningsförhållande har upphört. Vid ordnandet av hälso- och sjukvård jämföras med kommuninvånare i denna lag också en person som vistas inom kommunens område och som med stöd av 81 § i utlänningslagen har beviljats ett EU-blåkort enligt 3 § 26 punkten i den lagen samt en sådan persons familjemedlemmar som avses i 37 § i utlänningslagen.

### 73 §

#### *Registerföring av klient- och patientuppgifter*

Den ansvariga kommunen för ett social- och hälsovårdsområde är registeransvarig enligt 3 § 4 punkten i personuppgiftslagen (523/1999) när det gäller klient- och patienthandlingar som uppkommer i den egna verksamheten och i verksamheten i den ansvariga kommunen för ett område med basal social- och hälsovård som hör till dess område. På dessa klient- och patienthandlingar och på behandlingen av dem tillämpas det som föreskrivs om dem i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården, lagen om patientens ställning och rättigheter, lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården (159/2007), lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet (621/1999) och personuppgiftslagen.

Klient- och patientregistren inom ett social- och hälsovårdsområde ska bildas med hjälp av de riksomfattande informationssystemtjänster som avses i lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården.

#### 74 §

##### *Upprätthållande av personalens yrkesskicklighet*

Den ansvariga kommunen för ett social- och hälsovårdsområde eller område med basal social- och hälsovård ska se till att social- och hälsovårdspersonalen i tillräcklig utsträckning deltar i fortbildning som ordnas för den. Fortbildningen utformas med beaktande av längden på grundutbildningen, hur krävande arbetet är och uppgifternas innehåll. Närmare bestämmelser om fortbildningens innehåll, kvalitet och mängd och om ordnandet, uppföljningen och utvärderingen av utbildningen får utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet.

#### 75 §

##### *Ändringssökande*

Ändring i beslut som fattats av den ansvariga kommunen för ett social- och hälsovårdsområde eller område med basal social- och hälsovård eller av samkommunen för ett specialupptagningsområde får sökas så som bestäms i 11 kap. i kommunallagen, om inte något annat föreskrivs någon annanstans i lag.

Ändring i ett beslut som en statlig myndighet har meddelat med stöd av denna lag söks genom besvär på det sätt som föreskrivs i förvaltningsprocesslagen (586/1996).

#### 76 §

##### *Ikraftträdande*

Om ikraftträdandet av denna lag bestäms särskilt genom lag.



## 2.

## Lag

## om införande av lagen om ordnandet av social - och hälsovården

I enlighet med riksdagens beslut föreskrivs

## 1 §

*Ikraftträdande*

Lagen om ordnandet av social- och hälsovården (xxxx/2014) träder i kraft den 1 januari 2015. De social- och hälsovårdsområden, områden med basal social- och hälsovård samt specialupptagningsområden som avses i lagen ska inleda sin verksamhet senast den 1 januari 2017.

## 2 §

*Bildande av områden när lagen träder i kraft*

När beslut om social- och hälsovårdsområden, om områden med basal social- och hälsovård och de kommuner som hör till dem samt om specialupptagningsområden och de social- och hälsovårdsområden som hör till dem fattas första gången efter att lagen om ordnandet av social- och hälsovården stadfästs, ska statsrådet iaktta bestämmelserna i 3–11 §.

## 3 §

*Bildande av social- och hälsovårdsområden*

Ett social- och hälsovårdsområde bildas av den i 3 § 1 mom. 4 punkten i lagen om ordnandet av social- och hälsovården avsedda huvudorten i ett landskap och av de kommu-

ner som på basis av 3 och 4 mom. nedan hör till samma område som huvudorten.

Med avvikelse från 1 mom. kan ett social- och hälsovårdsområde även bildas av

1) en kommun med minst cirka 50 000 invånare och de kommuner som hör till samma pendlingsregion, till ett område som är enhetligt till sin samhällsstruktur eller annars till samma funktionella helhet, eller

2) en kommun med minst cirka 50 000 invånare.

En kommun som är belägen inom Tammerfors, Åbo, Uleåborg, Lahtis, Jyväskylä eller Kuopio pendlingsregion och där minst 35 procent av den arbetande befolkningen, och en kommun inom andra pendlingsregioner där minst 25 procent av den arbetande befolkningen arbetar inom pendlingsregionens centralkommuns område, ska höra till samma social- och hälsovårdsområde som pendlingsregionens centralkommun. Kommuner som bildar en region med enhetlig samhällsstruktur ska dessutom höra till samma social- och hälsovårdsområde. Kommunerna bildar en region med enhetlig samhällsstruktur om en enhetlig central tätort i en kommun eller i en angränsande kommun sträcker sig över kommungränsen eller en närliggande tätort som ansluter sig till den centrala tätorten sträcker sig över kommungränsen, eller om tillväxttrycket på den centrala tätorten i en annan kommun i betydande utsträckning berör en närliggande tätort inom kommunens område.

Andra kommuner än sådana som avses i 3 mom. ska höra till det social- och hälsovårdsområde som är det mest ändamålsenliga med tanke på tillhandahållandet av social- och hälsovårdstjänster för kommuninvånarna.

En kommun som avses i 2 mom. har dock rätt att bilda ett social- och hälsovårdsområde endast om dess invånarantal den 31 december 2013 överensstämde med det som anges i 2 mom. och om kommunen har tillräcklig bärkraft för tillhandahållande av social- och hälsovårdstjänster. Inom en pendlingsregion kan det finnas endast ett social- och hälsovårdsområde.

En kommun som avses i 2 mom. ska senast den xx xxxx 201x meddela statsrådet om den önskar bilda ett social- och hälsovårdsområde.

#### 4 §

##### *Bildande av områden med basal social- och hälsovård*

En kommun kan förutom till social- och hälsovårdsområdet dessutom höra till ett område med basal social- och hälsovård på de grunder som anges i 2–3 mom.

En kommun kan bilda ett område med basal social- och hälsovård om

1) dess invånarantal är minst cirka 20 000,  
2) den inte tillsammans med landskapets huvudort eller centralkommunen för ett annat social- och hälsovårdsområde hör till en region med enhetlig samhällstruktur eller en enhetlig pendlingsregion enligt 4 d § i kommunstrukturlagen (1698/2009), och

3) den inte är den ansvariga kommunen inom social- och hälsovårdsområdet eller den största kommunen i en samkommun inom social- och hälsovårdsområdet.

Om en kommun som avses i 2 mom. bildar ett område med basal social- och hälsovård och den är centralkommun för en pendlingsregion eller någon annan funktionell enhet, ska den ordna tjänster på basal nivå även för kommuner med mindre än 20 000 invånare som ingår i en sådan funktionell helhet, om statsrådet så beslutar. Om en kommun med mindre än 20 000 invånare som hör till en

sådan funktionell enhet meddelar att den inte vill höra till ett område med basal social- och hälsovård, kan statsrådet i sitt beslut avvika från den ståndpunkt som kommunen meddelat endast om det finns särskilda skäl för det med tanke på ett ändamålsenligt ordnande av social- och hälsovården. I annat fall hör kommunen endast till ett i 3 § avsett social- och hälsovårdsområde.

Med avvikelse från 2 mom. kan en kommun som den 31 december 2013 hade minst 20 001 och högst 50 000 invånare bilda ett område med basal social- och hälsovård inom ett utredningsområde som avses i 4 d § i kommunstrukturlagen, om

1) det på utredningsområdet utifrån en särskild kommunindelningsutredning som avses i 15 § i kommunstrukturlagen bildas åtminstone två kommuner med mer än 20 000 invånare, och

2) den ansvariga kommunen för ett social- och hälsovårdsområde och en kommun som bildar ett område med basal social- och hälsovård avtalar om sådana administrativa förfaranden med vilka kommuninvånarna tillförsäkras horisontell och vertikal integration av tjänster.

#### 5 §

##### *Nylands social- och hälsovårdsområde*

De kommuner som hör till landskapet Nyland bildar Nylands social- och hälsovårdsområde. Statsrådet kan dock på framställning av en kommun besluta att kommunen ska höra till ett annat social- och hälsovårdsområde. Den samkommun som kommunerna inom Nylands social- och hälsovårdsområde bildar ansvarar för att ordna social- och hälsovården inom området.

Inom Nylands social- och hälsovårdsområde kan bildas höst sex områden med basal social- och hälsovård. De kommuner som hör till ett område med basal social- och hälsovård ska sammanlagt ha minst 50 000 invånare. Ansvariga kommuner för områdena med basal social- och hälsovård kan vara Borgå, Esbo, Helsingfors, Hyvinge, Lojo och Vanda. Ovan nämnda områden med basal social- och hälsovård kan inte beviljas sådant

tillstånd att ordna specialiserad sjukvård som avses i 11 § 4 mom. i lagen om ordnandet av social- och hälsovården och i 13 § i denna lag.

Samkommunen för Nylands social- och hälsovårdsområde och de ansvariga kommunerna för i 2 mom. avsedda områden med basal social- och hälsovård ska upprätta ett avtal om samarbetet mellan områdena vid produktionen av specialiserad sjukvård, specialomsorger om utvecklingsstörda och krävande tjänster inom socialvården samt om tryggnad och utvecklande av tjänsterna för den svenskspråkiga befolkningen.

## 6 §

### *Specialupptagningsområden*

Till ett specialupptagningsområde hör ett social- och hälsovårdsområde inom vars område det finns ett universitetssjukhus och minst två andra social- och hälsovårdsområden. Ett social- och hälsovårdsområde hör till det specialupptagningsområde som är mest ändamålsenligt med tanke på planeringen och tillhandahållandet av tjänsterna på det sätt som föreskrivs i 15 § i lagen om ordnandet av social- och hälsovården.

## 7 §

### *Beslut om områden*

Statsrådet beslutar om social- och hälsovårdsområdena och om områdena med basal social- och hälsovård samt om de kommuner som hör till dem och om områdenas ansvariga kommuner. Den ansvariga kommunen bestäms enligt 17 § 2 mom. i lagen om ordnandet av social- och hälsovården. Statsrådet beslutar även om specialupptagningsområdena och om de social- och hälsovårdsområden som hör till dem. Innan beslut fattas om områdena ska kommunerna höras.

Statsrådet får när det fattar beslut om områden avvika från bestämmelserna om befolkningsunderlaget i 3 och 4 § om det finns särskilda skäl för detta, såsom tryggnad av kommuninvånarnas språkliga rättigheter.

Kommunen ska senast den 31 oktober 2014 meddela statsrådet sina förslag till de områden som ska bildas.

## 8 §

### *Samarbetsavtal*

Inom ett social- och hälsovårdsområde och dess område med basal social- och hälsovård fattas beslut om samarbetsavtal som avses i 21 § i lagen om ordnandet av social- och hälsovården vid representantmöten för de kommuner som hör till området i fråga. Varje kommun har vid representantmötet det antal representanter som kommunen fastställt, dock minst en och högst fem representanter. Rösttalet för en kommuns representanter vid representantmötet bestäms enligt kommunens invånarantal vid utgången av föregående år så, att kommunens representanter har en röst för varje påbörjat antal av 1000 invånare. Rösttalet för kommunens representanter fördelas jämnt mellan de representanter som är närvarande.

Representantmötet är beslutfört när minst två tredjedelar av områdets kommuner är företrädda vid mötet och deras invånarantal är minst hälften av det sammanlagda invånarantalet i samtliga kommuner som hör till området.

Representantmötet meddelar behövliga föreskrifter om beredningen och verkställigheten av beslut som gäller samarbetsavtalet och övriga ärenden samt beslutar om betalning av gemensamma kostnader. På förfarandet vid representantmötet och på sökande av ändring i beslut som fattats vid representantmötet tillämpas i övrigt i tillämpliga delar bestämmelserna om fullmäktige i 7 och 11 kap. i kommunallagen (365/1995).

Representantmötet sammankallas första gången av den ansvariga kommunen för området i fråga. En person som har utsetts av den ansvariga kommunen leder mötet till dess att en ordförande och vice ordförande har valts för representantmötet.

Kommunernas representantmöte ska sammankallas så att det sammanträder första gången senast i xxxx 2015. Ett representantmöte som gäller bildande av ett område med

basal social- och hälsovård ska dock sammankallas så att det sammanträder första gången senast i xxxx 2015. Beslut om godkännande av samarbetsavtal för områden som avses i denna paragraf ska dock fattas senast före utgången av oktober 2015.

## 9 §

### *Samkommun inom ett social- och hälsovårdsområde*

Om kommunerna med stöd av 19 § i lagen om ordnandet av social- och hälsovården avtalar om att en samkommun ska ansvara för social- och hälsovårdsområdets verksamhet, bildas samkommunen vid representantmötet för kommunerna i området. Representantmötet sammankallas av den största kommunen i området. Representantmötet beslutar om godkännande av ett grundavtal för samkommunen. I övrigt tillämpas på representantmötet vad som föreskrivs i 8 § om bildande av social- och hälsovårdsområden och i 78 § i kommunallagen om grundavtal för samkommuner.

## 10 §

### *Specialupptagningsområdets samkommunstämman*

Ett specialupptagningsområdes samkommunstämman sammankallas första gången av representanten för specialupptagningsområdets till invånarantalet största social- och hälsovårdsområde. Representanten utses av social- och hälsovårdsområdet i fråga. Representanten leder stämman till dess att en ordförande har valts för samkommunstämman. Samkommunstämman ska sammankallas så att den sammanträder första gången senast i xxxx 2016. Beslut om specialupptagningsområdets genomförandeavtal som avses i 37 § i lagen om ordnandet av social- och hälsovården ska fattas senast i xxxx 2016.

## 11 §

### *Statsrådets behörighet att besluta om samarbetsavtal för ett social- och hälsovårdsområde och ett område med basal social- och hälsovård*

Om det inte har beslutats om ett samarbetsavtal för ett social- och hälsovårdsområde eller ett område med basal social- och hälsovård senast vid den tidpunkt som avses i 8 § 4 mom., beslutar statsrådet om de frågor som föreskrivs i 78 § 3 mom. i kommunallagen och i 21 § i denna lag och som ska avtalas om i samarbetsavtal, till den del som kommunerna inte har avtalat om frågorna. Kommunerna i området ska höras innan beslutet fattas.

Ett samarbetsavtal som statsrådet fastställt är i kraft till dess att kommunerna avtalar något annat.

Vad som ovan har konstaterats om samarbetsavtal tillämpas även på grundavtalet för social- och hälsovårdsområdets samkommun.

## 12 §

### *Statsrådets behörighet att besluta om grundavtal för ett specialupptagningsområde*

Om beslut om grundavtal för ett specialupptagningsområde inte har fattats senast vid den tidpunkt som föreskrivs i 10 § 2 mom., beslutar statsrådet om grundavtalets innehåll till den del som kommunerna inte har avtalat om det. Kommunerna i området ska höras innan beslutet fattas.

Ett grundavtal som fastställts av statsrådet är i kraft till dess att kommunerna avtalar något annat.

## 13 §

### *Rätt för ett område med basal social- och hälsovård att tillhandahålla tjänster inom den specialiserade sjukvården*

Social- och hälsovårdsministeriet kan i enlighet med 11 § 3 mom. i lagen om ordnandet av social- och hälsovården bevilja ett område med basal social- och hälsovård tillstånd att

även tillhandahålla tjänster inom den specialiserade sjukvården på basnivå. På ansökan kan den ansvariga kommunen för området beviljas tillstånd att fortsätta med existerande specialiserad sjukvård på basnivå, om den ansvariga kommunen har tillräcklig och yrkeskunnig anställd personal för genomförandet av specialiserad sjukvård på basnivå och personalen har tillgång till ändamålsenliga utrymmen och ändamålsenlig utrustning. I tillståndet ska innehållet i den specialiserade sjukvården på basnivå samt verksamhetens maximala omfattning anges. Tillståndet kan förenas med villkor. Ett utlåtande om tillståndsansökan ska begäras av det specialupptagningsområde till vilket det område med basal social- och hälsovård som ansökt om tillstånd hör.

Tillstånd ska ansökas hos social- och hälsovårdsministeriet senast den 1 xxxx 201X. Ansökan om tillstånd ska behandlas inom X månader från det att ansökan inkom till ministeriet.

Med specialiserad sjukvård på basnivå avses sådan specialiserad sjukvård som behövs

a) ofta på befolkningsnivå (konsultationspoliklinik),

b) återkommande på individnivå som en del av god vård och rehabilitering vid långvariga sjukdomar, eller

c) som kortvarig vård på vårdavdelning i första hand för vård av den äldre befolkningens akuta hälsoproblem.

#### 14 §

##### *Personalens ställning*

När områden med basal social- och hälsovård samt social- och hälsovårdsområden bildas övergår de personer som är anställda hos kommunerna och samkommunerna i uppgifter inom social- och hälsovården eller förvaltningen till anställning hos den ansvariga kommunen för området med basal social- och hälsovård eller för social- och hälsovårdsområdet. Ändringen betraktas som överlåtelse av rörelse om den leder till att personalen byter arbetsgivare.

Arrangemang som gäller bildande av områden med basal social- och hälsovård och social- och hälsovårdsområden som avses i denna lag genomförs i samarbete med representanter för kommunernas anställda på det sätt som föreskrivs i lagen om samarbete mellan kommunala arbetsgivare och arbetstagare (449/2007).

#### 15 §

##### *Reglering av egendomsförhållanden*

Om medlemskommunerna i ett specialomsorgsdistrikt, i ett sjukvårdsdistrikt eller i någon annan samkommun för social- och hälsovården inte avtalar om något annat, ansvarar samkommunen för ägandet och administrationen av samkommunens fastigheter och byggnader samt de anordningar, maskiner och inventarier som hör till dem.

Medlemskommunerna i samkommunen är skyldiga att ändra samkommunens grundavtal så att samkommunens uppgifter från ingången av 2017 begränsas till ägandet, administrationen och uthyrningen av samkommunens fastigheter och byggnader samt de anordningar, maskiner och inventarier som hör till dem till social- och hälsovårdsområden och områden med basal social- och hälsovård och så att samkommunens namn motsvarar dessa uppgifter. I grundavtalet kan det avtalas om att egendomen används även för andra uppgifter än de som anges ovan. Samkommunens medlemskommuners andel av samkommunens tillgångar och deras ansvar för skulderna är desamma som i grundavtalet, om medlemskommunerna inte avtalar om något annat.

De lokaler samt annan egendom i anslutning till social- och hälsovården som är i kommunernas ägo kvarstår i deras ägo om kommunerna inte avtalar om något annat.

Bestämmelser om temporär skattefrihet i samband med reglering av egendomsförhållanden som avses i denna paragraf finns i lagen om överlåtelseskatt (931/1996) och i mervärdesskattelagen (1501/1993).

## 16 §

*Överföring av förpliktelser*

Vid ikraftträdandet av denna lag övergår rättigheter, tillstånd och förpliktelser i anslutning till den socialvård och hälso- och sjukvård som kommunerna och samkommunerna ska ordna till den ansvariga kommun för ett social- och hälsovårdsområde eller för ett område med basal social- och hälsovård eller till den samkommun för ett social- och hälsovårdsområde till vilken ansvaret övergår. Om en kommun eller samkommun under tiden mellan stadfästandet av lagen och inledandet av verksamheten inom social- och hälsovårdsområdet eller området med basal social- och hälsovård ingår avtal om förpliktelser som fortsätter efter det att verksamheten inom social- och hälsovårdsområdet eller området med basal social- och hälsovård inletts, svarar den kommun eller samkommun som ingått avtalet för förpliktelserna, om kontrahenten och den till vilken ansvaret för ordnandet av social- och hälsovården övergår inte avtalar om något annat.

Om ansvaret för ordnandet av social- och hälsovården övergår till två eller flera ansva-

riga kommuner eller samkommuner, gäller i fråga om delande av ansvaret för rättigheter, tillstånd och förpliktelser i tillämpliga delar vad som föreskrivs om ekonomisk uppgörelse i 8 kap. i kommunstrukturlagen.

## 17 §

*Ändringssökande*

Ändring i beslut av en ansvarig kommun för ett social- och hälsovårdsområde eller för ett område med basal social- och hälsovård och av en samkommun för ett specialupptagningsområde söks på det sätt som föreskrivs i 11 § i kommunallagen, om inte något annat föreskrivs någon annanstans i lag.

I beslut av statliga myndigheter som utfärdats med stöd av denna lag får ändring sökas genom besvär på det sätt som föreskrivs i förvaltningsprocesslagen (586/1996).

## 17 §

*Ikraftträdande*

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.

# BILAGA 1 SEKTIONER SOM TILLSATTS AV BEREDNINGSGRUPPEN OCH ÖVRIGA GRUPPER SOM DELTAGIT I BEREDNINGEN:

**Beredningsgruppen tillsatte följande sektioner som stöd för sitt arbete:**

- 1) **Sektionen för utredning av särskilda frågor som rör metropolområdet,** vars verksamhetsperiod var 1.7.2013 - 31.10.2013 (tillsattes den 19 juni 2013).  
Ordförande för sektionen var direktör Liisa-Maria Voipio-Pulkki från social- och hälsovårdsministeriet  
Sektionens medlemmar var:  
Anne Koskela, regeringsråd, social- och hälsovårdsministeriet  
Marjo Lavikainen, konsultativ tjänsteman, social- och hälsovårdsministeriet  
Aki Linden, verkställande direktör, Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt  
Inga Nyholm, konsultativ tjänsteman, finansministeriet, och  
Laura Rätty, biträdande stadsdirektör, Helsingfors stad.  
Sektionens biträdande sekreterare var Jaana Aho från social- och hälsovårdsministeriet
  
- 2) **Sektionen för utredning av konstitutionella specialfrågor,** vars verksamhetsperiod var 14.8.2013 - 31.12.2013 (tillsattes den 14 augusti 2013).  
Ordförande för sektionen var regeringsråd Päivi Salo  
Sektionens medlemmar var:  
Viceca Arrhenius, socialråd, social- och hälsovårdsministeriet  
Heikki Harjula, ledande jurist, Finlands Kommunförbund rf  
Riitta-Maija Jouttimäki, regeringsråd, social- och hälsovårdsministeriet  
Pekka Järvinen, regeringsråd, social- och hälsovårdsministeriet  
Tuula Majuri, lagstiftningsråd, justitieministeriet  
Eeva Mäenpää, lagstiftningsråd, finansministeriet  
Sten Palmgren, lagstiftningsråd, justitieministeriet, och  
Auli Valli-Lintu, regeringsråd, finansministeriet.  
Sektionens biträdande sekreterare var Päivi Koivumaa från social- och hälsovårdsministeriet.
  
- 3) **Sektionen för utredning av upphandling, konkurrensutsättning och statligt stöd,** vars verksamhetsperiod var 14.8.2013 - 31.12.2013 (tillsattes den 14 augusti 2013).  
Ordförande för sektionen var ledande jurist Sami Uotinen från Finlands Kommunförbund  
Sektionens medlemmar var:  
Merja Hirvonen, verkställande direktör, Förbundet för hälsoservice  
Pia-Maria Jonsson, utvecklingschef, Institutet för hälsa och välfärd  
Riitta-Maija Jouttimäki, regeringsråd, social- och hälsovårdsministeriet  
Ulla-Maija Laiho, utvecklingschef, arbets- och näringsministeriet  
Juha Myllymäki, ledande jurist, Finlands Kommunförbund rf  
Markus Seppelin, överinspektör, social- och hälsovårdsministeriet  
Riitta Särkelä, direktör, SOSTE Finlands social och hälsa rf  
Auli Valli-Lintu, regeringsråd, finansministeriet

- 4) **Sektionen för utredning av social- och hälsovårdens specialupptagningsområdets ställning och uppgifter**, vars verksamhetsperiod var 15.8.2013 – 31.12.2013 (tillsattes den 14 augusti 2013).  
 Ordförande för sektionen var regeringsråd Anne Kumpula och viceordförande var Liisa-Maria Voipio-Pulkki, båda från social- och hälsovårdsministeriet  
 Sektionens medlemmar var:  
 Liisa Heinämäki, konsultativ tjänsteman, social- och hälsovårdsministeriet  
 Göran Honga, sjukvårdsdistriktsdirektör, Vasa sjukvårdsdistrikt  
 Tarja Kauppila, direktör, Östra Finlands kompetenscenter inom det sociala området  
 Hannu Leskinen, sjukvårdsdistriktsdirektör, Norra Österbottens sjukvårdsdistrikt  
 Tarja Myllärinen, direktör, Finlands Kommunförbund rf  
 Sari Mäkinen, ledande överläkare, ordförande för direktörsnätverket för det riksomfattande folkhälsoarbetet  
 Pirjo Sarvimäki, socialråd, social- och hälsovårdsministeriet  
 Juha Teperi, ledande expert, Institutet för hälsa och välfärd  
 Pekka Utriainen, biträdande stadsdirektör, Jyväskylä stad

Som stöd för beredningsgruppen har en inofficiell finansieringsarbetsgrupp sammanträtt under ledning av biträdande avdelningschef Olli Kerola. Arbetsgruppen har haft följande medlemmar:

Antti Alila, överinspektör, social- och hälsovårdsministeriet  
 Riitta-Maija Jouttimäki, regeringsråd, social- och hälsovårdsministeriet  
 Anne Kumpula, regeringsråd, social- och hälsovårdsministeriet  
 Virpi Kölhi, regeringsråd, social- och hälsovårdsministeriet  
 Jukka Mattila, medicinalråd, social- och hälsovårdsministeriet  
 Markku Nissinen, konsultativ tjänsteman, finansministeriet  
 Markku Pekurinen, forskningsprofessor, Institutet för hälsa och välfärd  
 Arto Salmela, konsultativ tjänsteman, finansministeriet  
 Päivi Tapiovaara, utvecklingschef, Institutet för hälsa och välfärd  
 Tero Tyni, sakkunnig, Finlands Kommunförbund rf

De grundläggande riktlinjerna för ett förslag till lagstiftning om övervakning av den kommunala social- och hälsovården har förberetts i den av social- och hälsovårdsministeriet den 18 februari 2013 tillsatta arbetsgruppen som hade i uppgift att utveckla arbetsfördelningen mellan regionförvaltningsverken och Valvira. Arbetsgruppens uppdrag ändrades och sammansättning utvidgades med ett beslut den 28 februari 2013 så, att arbetsgruppen också skulle ge ett förslag till övervakning, och därtill hörande lagstiftning, av lagen för ordnande av social- och hälsovården. Arbetsgruppens sammansättning är följande:

Raimo Ikonen, avdelningschef, social- och hälsovårdsministeriet, ordförande  
 Raija Volk, direktör, social- och hälsovårdsministeriet, vice ordförande  
 Ritva Kujala, förvaltningsdirektör, Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården Valvira  
 Katariina Rautalahti, direktör, Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården Valvira  
 Jari Keinänen, direktör, social- och hälsovårdsministeriet  
 Ismo Tuominen, regeringsråd, social- och hälsovårdsministeriet  
 Riitta Kuusisto, regeringsråd, social- och hälsovårdsministeriet  
 Maire Kolimaa, konsultativ tjänsteman, social- och hälsovårdsministeriet  
 Sami Kouki, lagstiftningsråd, finansministeriet  
 Sirkka Jakonen, direktör, Östra Finlands regionförvaltningsverk  
 Riitta Pöllänen, regionförvaltningsöverläkare, Lapplands regionförvaltningsverk  
 Pekka Järvinen, regeringsråd, social- och hälsovårdsministeriet



Arja Myllynpää, referendarieråd, Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården Valvira

Heli Kajava, jurist, Norra Finlands regionförvaltningsverk

Anu Nemlander, sakkunnig, Finlands Kommunförbund rf

Kari Kunnas, verksamhetschef, Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården Valvira, sekreterare

Carolina Sierimo, finanssekreterare, social- och hälsovårdsministeriet, sekreterare

**Beredningsgruppen hört följande personer:**

rektor Kalervo Väänänen, UNIFI ry

specialsakkunnig Olli Alho, arbets- och näringsministeriet

överinspektör Johanna Moisio, undervisnings- och kulturministeriet

social- och hälsodirektör Antti Parpo, Raumo

kommundirektör Heikki Laukkanen, Juva

biträdande stadsdirektör Sinikka Salo, Uleåborg

byggnadsråd Matti Vatiö, ympäristöministeriö

kanslichef Päivi Sillanauke, social- och hälsovårdsministeriet

Dessutom beredningsgruppens sektioner har hört flera sakkunniga.

## BILAGA 2 RESERVATION

### Reservation i fråga om slutrapporten och förslaget till en lag om ordnandet av social- och hälsovården.

Som medlem av beredningsgruppen för en lag om ordnandet av social- och hälsovården kan jag inte instämma i slutrapporten som beretts vid social- och hälsovårdsministeriet och förslagen till en lag om ordnandet av social- och hälsovården av följande skäl:

- 1) Det beredda förslaget stöder inte en minskning eller eliminering av landets hållbarhetsunderskott utan ökar antalet olika administrativa nivåer och minskar den lokala demokratin, som är kopplad till definitionen om kommunal självstyrelse i 121 § i grundlagen. Förslaget komplicerar ordnande och produktion av tjänster, vilket ökar kostnadstrycket vid ordnandet av social- och hälsovården. Förslaget beaktar inte social- och hälsovårdsväsendets koppling till kommunens övriga funktioner i primärkommunen (småbarnsuppfostran, undervisning, ungdomsarbete, motion, kultur och därtill även planering av lokalt markutnyttjande och därtill kopplad granskning av servicestrukturen).
- 2) Kommunstrukturen skulle ha reformerats i första skedet och i den reformerade kommunstrukturen hade man kunnat skapa ett välfungerande servicesystem som svarar mot den verksamhetsmiljö som uppstår.
- 3) Förslaget till en lag om ordnandet av social- och hälsovården skulle i den föreslagna formen förändra kommunernas ställning och roll betydligt. I lagförslaget föreslås att nuvarande praxis ändras genom att hålla isär ordnandet av tjänster och finansieringen av tjänster. Om kommunernas möjlighet att styra ordnandet av de tjänster som de finansierar uttunnas, kan följden bli ökat kostnadstryck och problem med hållbarhetsunderskottet.
- 4) Riktlinjerna av Petteri Orpos arbetsgrupp hade utgjort ett bra underlag för att i arbetsgruppens arbete granska olika alternativ till ett nytt system. Jag anser att riktlinjerna går i rätt riktning men att direkt bygga lagparagrafer med utgångspunkt från dessa är enligt mig inte rätt sätt att arbeta för att skapa nytt. I arbetsgruppens arbete lämnades granskning och jämförelse av redan tidigare presenterade modeller helt utanför, såsom bl.a. den av Institutet för hälsa och välfärd presenterade modellen enligt svensk praxis ”pengen följer patienten”, landskapsmodellen, den s.k. Katiramodellen och tidigare grundliga modeller som social- och hälsovårdsarbetsgrupper och utredningsmän har presenterat.
- 5) Lagförslaget behandlar inte valfrihet ur klienternas/patienternas synvinkel.
- 6) I lagförslaget har ingen heltäckande utvärdering gjorts av verkningarna på förhand ur synvinkeln för människor, ekonomi, jämställdhet mellan könen och inte heller ur miljösynpunkt.
- 7) I förslaget har man inte löst konstitutionella problem bl.a. i fråga om den kommunala självstyrelsen. Jag anser att man därmed bör fortsätta beredningen. Till god beredning hör en hållbar situation i förhållande till grundlagen. Det torde inte vara grundlagsutskottets uppgift att i efterhand fortsätta bereda problem med anknytning till grundlagen som medvetet är olösta utan ur grundlagens synvinkel säkerställa ändamålsenligheten i en lag som beretts grundlagsenligt. Lagberedarna var inte 100 procent säkra i arbetets slutskede på att lagförslaget är grundlagsenligt. Jag kan inte instämma i ett lagförslag som inte följer grundlagen till 100 procent
- 8) Ett av huvudmålen med lagen, integration av socialvården och hälso- och sjukvården, genomförs inte i tillräcklig omfattning i förslaget på grund av en komplicerad struktur.
- 9) Uppgifterna för specialupptagningsområdena har förändrats från koordinering till styrning, vilket leder till att förvaltningen blir mer komplicerad och byråkratin ökar. Redan i fråga om arbetet med hållbarhetsunderskottet skulle det räcka med ett koordinerande specialupptagningsområde i stället för fem. På det sättet skulle man bättre säkerställa att det inte uppstår överlappningar vid ordnande och produktion av krävande behandlingar inom offentlig sektor. I lagförslaget läggs oproportionerligt

mycket tyngd vid förslagen som gäller specialupptagningsområden jämfört med själva serviceverksamheten inom social- och hälsovården.

- 10) I paragraferna som gäller metropolområdet har ståndpunkten hos kommunerna inom metropolområdet inte beaktats tillräckligt. I förslaget till metropolsektioner för social- och hälsovården finns tre alternativ som var och en har sina förespråkare. Slutresultatet borde ha utarbetats tillsammans med kommunerna med beaktande av pågående kommunutredningar. Jag lade fram ett förslag till utvidgande av sektionen att gälla åtminstone representationen för Vanda, Esbo och Kuuma-kommunerna, vilkas närvaro hade varit nödvändig i hela beredningen på grund av metropolrådets specifika karaktär. Detta förslag godkändes inte. Bestämmelserna som gäller en metropol för social- och hälsovården har beretts på uppdrag av social- och hälsovårdsministeriet utan tillräcklig hänsyn till de ståndpunkter som primärkommunerna har presenterat. Vanda stad har i sitt utlåtande föreslagit att HNS verksamhet inte ska splittas utan tjänster kan även i fortsättningen produceras tillsammans med kommunerna. Vanda har föreslagit att det vill fungera som ett eget social- och hälsovårdsområde redan på grund av sin befolkningensmängd och bärkraft. Förslaget till verkställighetslag som nu lämnats splittrar inte HNS verksamhet men det splittrar kommunernas enhetliga ordnande av primärvården och socialvården. I ministeriets förslag nämns även kommunerna specificerade, ett förfarande som saknas i fråga om övriga områden i landet. Jag godkänner uttrycket i 8 § 5 mom. i lagen om ordnandet av social- och hälsovården. Däremot kan jag inte instämma i 5 § inklusive motivering i förslaget till en verkställighetslag som gäller metropolområden för social- och hälsovården med stöd av de ståndpunkter som jag lagt fram för Vanda stad och därför att även utan en reform är hälso- och sjukvårdstjänsterna i vilket fall som helst överkommunala 1.1.2014.

Jag föreslår att 5 § i verkställighetslagen utformas som följer:

5§

*Med avvikelse från vad som föreskrivits i 2 § kan det finnas flera social- och hälsovårdsområden inom metropolområdet, även om kommunerna hör till samma samhällsstruktur- och pendlingsområde. Villkoret för att bilda ett social- och hälsovårdsområde ska vara tillräckligt invånarantal och tillräcklig bärkraft för tillhandahållande av social- och hälsovårdstjänster. Kommunerna inom metropolområdet kan avtala om gemensam produktion av specialtjänsterna inom social- och hälsovården.*

Jukka T. Salminen,  
biträdande stadsdirektör  
Vanda  
[jukka.t.salminen@vantaa.fi](mailto:jukka.t.salminen@vantaa.fi)  
tfn 040-5320006

## BILAGA 3 UTLÅTANDEN

16.12.2013

Beredningsgruppen för en lag om ordnandet av social- och hälsovården

### **Kompletterande utlåtande**

Beredningsgruppen för en lag om ordnandet av social- och hälsovården har arbetat med en ytterst stram tidtabell med tanke på att det är fråga om en omfattande sakhelhet. Flera punkter i lagutkastet kräver ännu fortsatt beredning.

I fråga om ordnandet av förvaltningen av social- och hälsovårdsområdena och områdena på basnivå bör även samkommunen vid sidan om den ansvariga kommunen vara ett likvärdigt alternativ om kommunerna i området önskar detta. Även i fråga om universitetssjukhusen bör en samkommun vara ett alternativ för ordnandet av förvaltningen.

I fråga om ordnandet av social- och hälsovården i landskapet Nyland ska man beakta synvinkeln hos kommunerna och samkommunerna i området för att åstadkomma en balanserad modell.

Koordinering och samordning av tjänsterna för specialgrupper, såsom svenskspråkiga personer med utvecklingsstörning och andra små specialgrupper, bör koncentreras till ett specialupptagningsområde på riksnivå.

Tuula Haatainen

Sami Uotinen

## Uttalande

### Svenskspråkig social- och hälsovård för personer med särskilda behov måste tryggas i lagstiftningen

Social- och hälsovården fungerar bristfälligt på svenska i flera tvåspråkiga kommuner idag. Speciellt svår är situationen för personer med särskilda behov som till exempel inom specialomsorgen. För att säkerställa en genuin språklig likvärdighet behövs en samlösning för koordinering av svenskspråkig social- och hälsovård för vuxna och barn med särskilda behov. Sådana service- och vårdformer, som också behöver stort befolkningsunderlag för att produceras med hög kvalitet på svenska, bör samordnas och styras centralt, istället för att uppgiften splittras mellan flera social- och hälsovårdsområden.

Genom att ge ett tvåspråkigt specialupptagningsområde denna uppgift, kunde man i lagförslaget ha nått en helhetslösning för att förbättra den rådande situationen, där flera tvåspråkiga kommuner inte klarar av att ge vård och service på både finska och svenska. Lagförslaget saknar däremot en sådan lösning.

Eftersom det redan finns riksomfattande svenskspråkiga samarbetsstrukturer inom specialomsorgen, såsom samkommunen Kårkulla, borde Kårkulla ha getts en roll i ett gemensamt nationellt uppdrag.

Svenskspråkig social- och hälsovård för personer med särskilda behov måste tryggas i lagstiftningen. Det är otänkbart att till exempel delegera bestämmelser om hur svenskspråkig social- och hälsovård ska tryggas till förordningsnivå. De grundläggande språkliga rättigheterna baserar sig på grundlagens 17 § 2 mom., enligt vilken rätten att använda sitt eget språk i kontakt med myndigheter ska tryggas genom lag. I ärenden som ligger inom ramen för grundlagens laghänvisning är det inte tillåtet att delegera lagstiftningsmakt till den som utfärdar förordningar.

Jag framför därför att det i 16 § bör tillfogas ett moment som reglerar ett tvåspråkigt specialupptagningsområdes riksomfattande uppdrag att koordinera svenskspråkig social- och hälsovård för personer med särskilda behov.

### Språkparagraferna

6 § och 8 § i lagförslaget reglerar tjänsternas språk. 6 § innehåller en bestämmelse om social- och hälsovårdsområdenas och basområdenas skyldighet att ge service på båda nationalspråken, samt en hänvisning till språklagen. Här bör också finnas en hänvisning till språkparagraferna i socialvårdslagen och hälso- och sjukvårdslagen, eftersom

de reglerar service- och vårdspråket. På grund av att ansvarskommuners språkliga status inte tidigare har lagstiftats om, bör tillägg samtidigt göras i språklagen och kommunallagen.

#### Områdesindelning i förhållande till 122 § i grundlagen

I 8 § konstateras att när social- och hälsovårdsområden och områden på basnivå bildas, ska sådana områden eftersträvas, inom vilka man kan garantera den finsk- och svenskspråkiga befolkningens rätt att på lika grunder få service på eget språk. Bestämmelsen motsvarar 122 § i grundlagen.

Det är emellertid viktigt att betona att den sats i 122 § som lyder ”*så att den finskspråkiga och den svenskspråkiga befolkningens rätt att erhålla tjänster på det egna språket tillgodoses enligt lika grunder*” ska tolkas med utgångspunkt i 17 § 2 mom. i grundlagen, vilket gör att bestämmelsen till denna del är absolut juridiskt bindande. Ordet *eftersträva* i paragraftexten kan alltså *inte* tolkas så att man på basis av vägande orsaker kan göra avkall på skyldigheten att säkerställa de språkliga rättigheterna enligt lika grunder.

Därför bör detaljmotiveringarna till 8 § kompletteras med ett förtydligande att det är *uttryckligen* den områdesindelning som bäst säkerställer invånarnas språkliga rättigheter som ska väljas, om det finns alternativa områdesindelningar.

12.12.2013

Göran Honga

Direktör för Vasa sjukvårdsdistrikt

Medlem av beredningsgruppen för en lag om ordnandet av social- och hälsovården

### **Beredningsgruppen för en lag om ordnandet av social- och hälsovården: Ståndpunkt om förslaget till en lag om ordnandet av social- och hälsovården**

Enligt min uppfattning är det nödvändigt med en reform av servicestrukturen inom social- och hälsovården och de ursprungliga målen som ställts för reformen kan stödas.

#### **Följande riktlinjer ska utgöra de grundläggande principerna för reformen:**

1. kommunerna ska ha ansvaret för ordnandet av social- och hälsovården och ansvaret för ordnandet, beslutsmakten och finansieringsansvaret ska innehas av samma aktör,
2. den som har ansvaret för ordnandet ska ha tillräcklig bärkraft även i den nya situationen,
3. enbart kapitationsprincip när det gäller finansieringen är inte tillräcklig,
4. skillnaden mellan ordnande och produktion ska vara tydlig,
5. lagstiftningen ska trygga en modell med flera producenter samt eventuella nya lösningar för att tillhandahålla tjänster,
6. ordnandet av social- och hälsovårdstjänsterna ska säkerställa en bred kommunal välfärdssyn och ett tvärsankterat arbete för att främja välfärden.

#### **Beredningsgruppens förslag medför risker för bl.a. följande punkter:**

1. allt ansvar och alla skyldigheter överförs till de ansvariga kommunerna för att ordna social- och hälsovårdstjänsterna, men ändå inte tillräckliga befogenheter för ett ändamålsenligt ordnande. Därutöver försvinner rätten för ansvariga kommuner att själv ordna social- och hälsovårdstjänsterna på basnivå.
2. i den ansvariga kommunen finns ett organ med många medlemmar, där varje kommun inom social- och hälsovårdsområdet är representerad trots att den ansvariga kommunen har ansvaret för ordnandet. Den föreslagna modellen leder till oklarheter i fråga om makt- och ansvarsförhållanden samt finansiering, vilket försvagar totala ledningen av den ansvariga kommunen,
3. genom lösningen uppstår nya administrativa skikt: basnivå, social- och hälsovårdsområde på regional nivå och nivån för ett specialupptagningsområde samt en samkommun som specialiserar sig på fastighetsförvaltning,
4. uppgifterna på nivån för social- och hälsovårdsområdena respektive specialupptagningsområdena är så omfattande att det uppstår en fullständigt ny administrativ nivå, på vilken det måste inrättas åtskilliga nya administrativa tjänster,
5. basnivån splittrar redan nu en välfungerande integration av social- och hälsovårdstjänsterna samt försvagar service/vårdkedjornas nuvarande integrationsutveckling,
6. en överföring av personalen till den ansvariga kommunen överför samtliga risker till den ansvariga kommunen i samband med förändringar i produktionssätten samt en eventuell löneharmonisering,
7. kommunernas stadsfullmäktige och styrelser beslutar slutligen om planer och investeringar, och därmed om servicenät, varmed samordningen med ett separat social- och hälsovårdsorgans beslut äventyras,
8. genom lösningen realiserar nästan samma risker förknippade med ekonomi och styrning som med nuvarande samkommunlösning, t.ex. social- och hälsovårdsorganets rätt att ta lån, täckning av underskott, dvs. så kallade herrelösa medel.

#### **Sammanfattningsvis**

Enligt min uppfattning ska man i första hand genomföra en kommunreform, varmed ovan nämnda oklarheter och risker inte uppstår.

I den fortsatta beredningen ska man säkerställa följande saker:

1. starka primärkommuner ska ha ansvaret för ordnandet av social- och hälsovården,
2. framtida ansvarskommuner ska ha tillräckliga möjligheter att lösa sina frågor,
3. i fortsättningen ska effekterna av reformen för ansvarskommunerna utredas med hjälp av t.ex. simuleringsmodeller,
4. i fortsättningen ska man utreda om basnivån är nödvändig för att den horisontella integrationen av social- och hälsovårdstjänsterna inte ska äventyras,
5. i fortsättningen ska uppgifterna för specialupptagningsområden, deras antal och hur nödvändiga de är utredas i denna form samt kostnadseffekterna av en ny administrativ nivå,
6. ansvaret för ordnandet och produktionen ska tydligt hållas isär i lagstiftningen,

7. lagstiftningen ska säkerställa en modell med flera producenter samt möjlighet till nya lösningar,
8. därutöver ska man i fortsättningen utreda om en beställar-producentmodell ska ingå i servicestrukturen inom social- och hälsovården.

Åbo 15.12.2013

Maija Kyttä  
Direktör  
Åbo stad



## Utlåtande

Vi vill bifoga följande utlåtande till betänkandet av beredningsgruppen för en lag om ordnandet av social- och hälsovården:

1. En ur social- och hälsovårdspolitisk synvinkel hållbar lösning skulle vara att endast social- och hälsovårdsområden som är tillräckligt stora har ansvaret för ordnandet av social- och hälsovården. Den år 2012 tillsatta arbetsgruppen bestående av sakkunniga anser att befolkningsmängden för ett sådant område ska uppgå till minst 50 000 – 100 000 invånare.
2. Det är problematiskt att ordnandet av social- och hälsovården indelas i ett social- och hälsovårdsområde och ett område på basnivå. Arbetsfördelningen mellan dessa är otydlig och det uppstår en invecklad förvaltningsstruktur inom social- och hälsovårdsområdet. En fördelning av denna art skapar enbart förvirring i fråga om ansvaret för att ordna och ordnandet av tjänster. Det föreligger särskild risk för att ordnandet av den specialiserade sjukvården och krävande socialtjänster (bl.a. specialomsorger) fragmenteras jämfört med nuläget.
3. Lagstadgat genomförande av en modell med en ansvarig kommun torde stöta på författningsrättsliga problem. Arrangemanget i fråga väcker frågor även i fråga om ledningen av den ansvariga kommunen och de ekonomiska bördorna. Personalen i hela social- och hälsovårdsområdet skulle överföras till den ansvariga kommunen utan att den i realiteten skulle ha möjlighet att leda och styra dess verksamhet. Även en harmonisering av lönerna till följd av överföringen skulle vara ofrånkomlig. Ett brett uppgiftsområde skulle i praktiken förändra kommunorganisationen till en social- och hälsovårdsorganisation och försvåra utförandet av de större städernas övriga uppgifter.
4. Samkommunmodellen inom den specialiserade sjukvården och den övriga hälso- och sjukvården har visat sig fungera. Det upprepade påståendet i offentligheten om att kostnaderna ”skenar iväg” baserar sig inte på fakta. Uttryckligen har en bred bas gjort det möjligt att koncentrera och rationalisera verksamheten. Samkommunmodellen ska även i framtiden vara ett tillgängligt alternativ, om kommunerna så önskar.
5. Universitetssjukhusen producerar sina tjänster såväl regionalt som riksomfattande. De säkerställer också den framtida sjukvården genom att utbilda läkar- och vårdpersonal samt bedriva medicinsk forskning. De är en central del av infrastrukturen för de fem medicinska fakulteterna i landet. Universitetssjukhusen ska i sin nuvarande omfattning fungera i form av samkommuner, i vilkas förvaltning även universitetet har sina representanter.
6. Det vore mest rationellt att koppla specialupptagningsområdets uppgifter till en del av verksamheten för samkommunen för ett universitetssjukhus. Om detta av någon anledning inte låter sig göras, behövs en samkommun inom ett specialupptagningsområde för att förhindra en fragmentering av den specialiserade sjukvården och en kapprustning.

Helsingfors 16.12.2013

Aki Lindén

Rauno Ihalainen

Maire Ahopelto

Pentti Itkonen Göran Honga Hannu Leskinen

